ホスピス緩和ケア白書2020

心不全の緩和ケア

心不全のパンデミックに備えて

編集　木澤 義之　神戸大学医学部附属病院 緩和支持治療科
志真 泰夫　筑波メディカルセンター
高宮 有介　昭和大学医学部 医学教育学講座
恒藤　暁　京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻
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　菅野 康夫　けいゆう病院 循環器内科
山口　崇　甲南医療センター 緩和ケア内科

青海社

序　文

木澤義之

（神戸大学医学部附属病院 緩和支持治療科）

2018 年 4 月から末期心不全が緩和ケア診療加算の適応疾患に加わった。わが国の緩和ケアは今までがんに罹患した患者・家族を対象として発展してきたのは周知の事実であり，これは大きな変化ということができる。そもそも緩和ケアはその対象とする疾患を問わず，すべての生命の危険がある疾患に直面している――つまり，治療によって治癒する可能性もあるが，死亡する可能性もある患者にも――その必要性に応じて提供されるものである。

循環器疾患はわが国の死亡原因疾患の第 2 位であり，そのなかでも心不全は大きな割合を占める。この白書では，循環器の緩和ケアの現状を overview したうえで，その道のエキスパートが現在の取り組みの工夫を紹介し，未来予想図を描いてみせてくれることになっている。

本書が，心不全の緩和ケアに関する誤解や誤った先入観，たとえば「循環器疾患の患者は最後まで改善の可能性があるから緩和ケアは提供できない」，「循環器疾患はがんと違って痛みがないので緩和ケアの介入の余地がない」，「循環器の緩和ケアは難しい」などが正しく理解されることの助けになり，循環器疾患に対する基本的緩和ケアの教育・普及・実践が広く行われ，すべての心不全患者が基本的な緩和ケアを受けられるようになり，そして complexity（複雑さ：一例として緩和困難な苦痛や心理社会的問題，治療の中止や差し控えのコミュニケーションなどがある）が高く，より専門的な介入が必要な患者・家族には専門的緩和ケアが適切に提供できるようになるための「きっかけ」になることを願ってやまない。

また，心不全への適応拡大とそれによる成果（患者家族の QOL，QOD の向上）が評価され，COPD，間質性肺炎，神経筋疾患，認知症などにもその適応が拡大されることを期待したい。

目　次

序　文 …… 木澤義之　iii

第Ⅰ部　心不全の緩和ケア―心不全パンデミックに備えて

1. わが国の心不全緩和ケアの現状

A．心不全に対する緩和ケアが注目されている経緯 …… 安斉俊久　8

B．心不全緩和ケアの概要と展望 …… 佐藤幸人　14

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

A．医師からの視点

1）循環器専門医の視点から …… 菅野康夫　18

2）緩和ケア医の視点から …… 山口　崇　21

B．看護からの視点 …… 高田弥寿子　25

C．リハビリテーションからの視点 …… 川端太嗣　28

D．ソーシャルワークからの視点
―生活者の視点と希望を叶えるための体制構築 …… 岡村紀宏　32

E．メンタルヘルスケアからの視点 …… 庵地雄太　36

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

A．病院診療

1）国立循環器病研究センター（大阪府吹田市）…… 平山敦士，他　47

2）兵庫県立姫路循環器病センター（兵庫県姫路市）…… 大石醒悟　49

3）久留米大学病院（福岡県久留米市）…… 柴田龍宏　52

4）飯塚病院（福岡県飯塚市）―市中病院における心不全緩和ケア …… 大森崇史　54

B．在宅診療

1）ゆみのハートクリニック（東京都豊島区）…… 田中宏和　56

2）きずなクリニック（福岡県久留米市）…… 池田真介　58

3）くるす医院（兵庫県姫路市）――開業医の在宅療養と心不全 …… 来栖昌朗　60

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 …… 升川研人，他　63

2. 2019 年度 ホスピス緩和ケア週間 …… 安部奈津子，他　100

3. 緩和ケア関連の資料 …… 102

第 I 部

心不全の緩和ケア

―心不全パンデミックに備えて

1. わが国の心不全緩和ケアの現状
A. 心不全に対する緩和ケアが注目されている経緯

安斉俊久
（北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室）

はじめに

心血管疾患は，欧米における最大の死亡原因であることから，生命予後改善を目的として各種薬剤の開発が進み，その有効性や安全性が数多くの無作為化比較試験によって検証され，生命予後は改善した。さらに，冠動脈疾患だけでなく弁膜症などの構造的心疾患に対してもカテーテルを用いた低侵襲治療が行われるようになり，植込み型除細動器（implantable cardioverter defibrillator；ICD）や心臓再同期療法（cardiac resynchronization therapy；CRT），植込み型補助人工心臓（left ventricular assist device；LVAD）も開発され，わが国においても急速に普及している。米国においては，LVAD 植込み患者のうち，心臓移植を前提としないデスティネーション治療（destination therapy；DT）が 40%を占める状況にある。しかしながら，これらの治療は生命予後改善をおもな目的としたのものであり，生活の質（QOL）を改善するという意味では十分な効果を発揮していない。特に，終末期を迎えた場合に，どのように対応すべきかという点は未解決である。さらに，高齢化社会の進行とともに心不全患者数は急増しており，これらすべての手段をもってしても治癒させることができない，あるいはこれらの治療の適応とはならないような症例も年々増加している。

医療技術の進歩によっても解決できない状況のなかで，循環器医が積極的治療による生命予後改善だけでなく，QOL 改善のために何をなすべきか考えるべき時期に達したといえる。本稿では，こうして心不全緩和ケアが注目されるに至った経緯を中心に述べることとする。

循環器医療の進歩に伴う生命予後と QOL の変化

2014 年の世界保健機関（WHO）報告によれば，終末期に緩和ケアが必要とされる疾患のなかで，心血管疾患は全体の 38.47% を占め，悪性新生物の 34.07% を超えて第 1 位とされている[1]。しかしながら，ステントや各種デバイスなどを用いた高度先進治療が進歩し，生命予後改善を目的にしてエビデンスが構築されてきた循環器医療に対して，テクノロジーに依存せず，患者とのコミュニケーションや多職種によるサポートを中心に QOL 改善を目指して行われてきた緩和医療には，歴史的背景や医療者の認識において大きな隔たりがあった。そうしたなかで，先進国の多くは超高齢化社会に突入し，必ずしも生命予後だけではなく，QOL やクオリティ・オブ・デス（QOD）をも考慮すべき時代に至り，両者の融合が喫緊の課題とされている（**図 1**）。

末期心不全の疫学

高齢化社会の進行とともに，入退院を繰り返す心不全患者数は年々増加している。米国において，心不全入院患者のうち 65 歳以上の高齢者が占める割合は 80%といわれている[2]。心臓移植の適応が 65 歳未満の症例に限られるわが国においては，末期心不全のほとんどが心臓移植や LVAD の適応にならない状況にある。

また，心不全は一般的に良性疾患と捉えられているが，2008 年の米国統計によれば，年間 28 万人が心不全で死亡しており，心不全と診断されてからの 5 年生存率は約 50%と推算され[3]，がんと

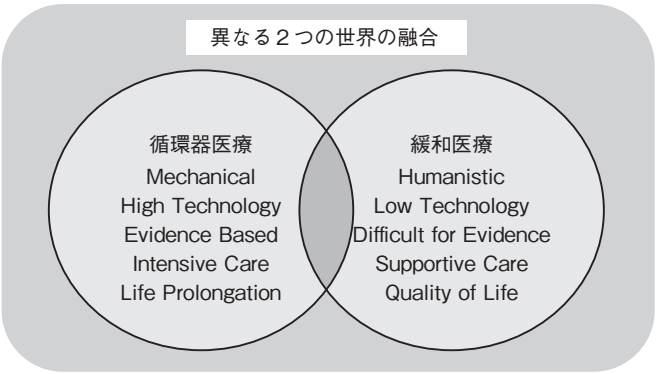


図１　循環器医療と緩和医療の違い
両者は大きく異なるが，患者 QOL 向上のためには融合が必要である。

同様あるいはそれ以上に予後は不良である。

急性心不全は，西欧諸国における 65 歳以上の入院患者の最も多くを占める原因疾患であり，生存退院した患者の 55% は 6 カ月以内に再入院となっている[4]。1999～2008 年の米国メディケア患者を対象にした調査では，心不全入院患者の 1 年間死亡率は約 30％と依然高値であり，初回入院の時点で，将来のステージ D の可能性を念頭に置いた対策が必要である。

緩和ケア導入の障壁

1. 患者・家族の認識

循環器疾患のなかでも，心不全はがんと同様あるいはそれ以上に不良な予後を有しながらも，一般的に良性疾患と認識されている。入院を要するような心不全でも，症状そのものは急性期治療によって速やかに改善することから，患者や家族は，病状を楽観視していることが多く，過去の報告によれば，シアトル心不全モデルによって推測される余命よりも患者本人が考えている余命は心不全が重症であるほど長く，乖離していると報告されている[5]。2017 年には，日本循環器学会/日本心不全学会より心不全の分かりやすい定義として「心臓が悪いために，息切れやむくみが起こり，だんだん悪くなり，生命を縮める病気」との説明がなされ[6]，患者側の予後に対する認識も変わりつつあるとはいえ，未だ十分な普及には至っていない。また，「緩和ケア」と聞くと，治療を諦めるものと一般的には誤解されやすい点も，緩和ケア導入が困難な理由である。本来，緩和ケアは，患者，家族の QOL を改善させるためのものであり，通常の心不全治療と並行して行われるべきである。

2. 医療者の認識

医療者においても，特に循環器医は，患者や家族から明確な希望がなければ，最期まで侵襲的処置を選択するのが通常である。急性増悪により人工呼吸器や機械的補助循環を必要とする状況になっても，利尿薬，血管拡張薬，強心薬の使用などにより，これら医療機器からの離脱は多くの場合可能であり，急性増悪を繰り返しながらも同様の処置が行われていることが多く，たとえ在宅医療に移行していても，急性増悪の際にはかかりつけ医からの依頼により病院に搬送される場合も少なくない。

また，ICD や CRT などのデバイスは，心臓突然死の予防を可能にし，LVAD は，移植待機患者のみならず，移植適応とならない症例の予後をも改善し[7]，米国では DT が一般的に行われる時代になった。一方で，これらの治療は，頻回の ICD 作動やデバイス留置に伴う各種合併症をきたした場合，QOL を著しく悪化させてしまう可能性もある。

終末期に移行した際の ICD，CRT の停止に関しては，本来，植込み手術前に本人，家族と医療者で十分に話し合っておくべきものであり[8]，植

込み型 LVAD に関しても，心臓以外の要因によって終末期に至った場合の LVAD 停止に対する事前の十分な説明が必要である。

3. 緩和医療リソースの利用

循環器医療における緩和医療導入の重要性は十分に理解されていながらも，患者，家族，医療者の認識の相違などもあり，緩和医療の導入はしばしば困難である。米国 Duke 大学からの報告によれば，多職種から構成される緩和ケアチームに対する初回コンサルテーションのなかで，循環器疾患患者が占める割合は 15% ほどにとどまっている[9]。米国のホスピス入院患者の内訳を見ると，がん患者が 50% に対して，循環器疾患患者は 12.2%にすぎず，心不全患者が緩和ケアのリソースを十分に活用できていない現状が報告されている[10]。

わが国における取り組み

1. 国策としての取り組み

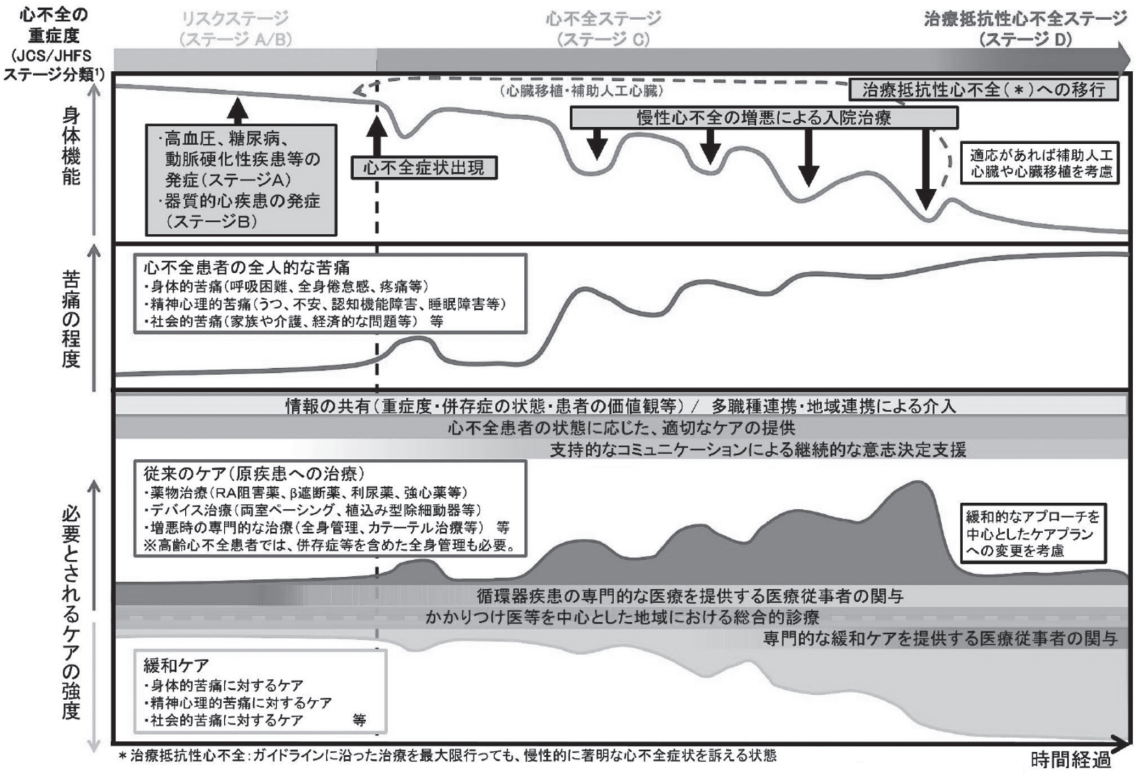
これまで，緩和ケアはがん患者を対象とすることが多く，非がん領域の緩和ケアは十分に行われてこなかった。緩和ケアに携わってきた多くの医師は，がんの専門医が中心であり，心不全をはじめとした非がん領域における緩和ケアの認知度は低かった。最近では，初期研修医に対する緩和ケア研修が行われるようになったが，医療者となる前の段階で緩和ケアに対する正しい知識を身につけ，患者・家族の QOL 改善に向き合うことが今後は重要と考えられる。

わが国においては，2006 年のがん対策基本法成立に基づき，がん対策推進基本計画が立てられ，2012 年 6 月閣議決定の基本計画のなかで，「がんと診断された時からの緩和ケア推進」が重点課題と位置づけられた。2016 年に行われたがん対策基本法の改正の際に，WHO の提言と同様に緩和ケアの定義が改められ，がん以外の患者にも緩和ケアを広げるための「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」が始まり，循環器疾患患者に対する緩和ケアの議論が開始された。2017 年 11 月より，検討会の分科会として「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」が発足し，慎重に議論が重ねられてきた。その結果，心不全に対する従来の治療を継続しつつも，ステージ C の早期から全人的苦痛に対して多職種チームによる症状に応じた適切な緩和ケアを提供し，支持的なコミュニケーションによる継続的な意思決定支援を行うべきと報告された（**図2**）[11]。

2. 国立循環器病研究センターにおける緩和ケアチーム活動

国立循環器病研究センターにおいては，心臓移植をはじめとした最先端の高度医療が行われてきたが，最大限の治療を行っても循環器疾患そのものを治癒させることが困難な症例に対してどのように対応すべきかは大きな問題であった。2010 年には，日本循環器学会が中心となって「循環器疾患における末期医療に関する提言」を発表し，DNAR（do not attempt resuscitation）の判断をする際には，主治医の独断ではなく，多職種からなる重症症例検討チームによって決定する国立循環器病研究センターでの取り組みが紹介された[12]。しかしながら，DNAR の判断を下すまでに救命のための侵襲的処置が行われる状況に変わりなければ，本来望まなかった処置の末，不幸な結果に終わった場合には，患者・家族の QOL は大きく損なわれ，医療者にとっても精神的負担が大きくなってしまう可能性がある。

こうした状況を背景にして，2013 年 9 月より国内で最初の循環器疾患に特化した緩和ケアチーム活動が国立循環器病研究センターにおいて開始された。活動にあたり，まず重要と考えたことが，アドバンス・ケア・プランニング（advance care plannning；ACP）の普及であった。ACP は，患者の価値観，人生観，死生観を家族と医療従事者で共有することが本来の目的である。ACP の 1 つの側面として，終末期における事前指示がある。具体的には，心停止時に蘇生のための処置を試みない（DNAR）かどうか，終末期においてペースメーカ，ICD，CRT，植込み型 VAD などを停止するかどうかなどに関して，多職種チームにより意思決定支援を行い，事前指示書を作成



（文献 11 より引用）

図２　心不全における緩和ケアのあり方

緩和ケアは心不全が症候性となったステージ C の早期の段階から実践し，心不全の治療に関しては最期まで継続される。

し，同時にその内容はその後も変更可能であることを伝え，必要に応じて患者本人の意思決定ができなくなった場合の意思決定代行者を指名する。事前指示がなく本人の意思が不明な場合や，家族の意向によっては治療の継続が患者の尊厳を損なう恐れがある場合などには，多職種チームによる検討と家族との話し合いが必要になる。

また，心不全治療によっても改善が困難な呼吸困難，全身倦怠感，疼痛，抑うつ，不安，せん妄などの身体的ならびに精神的苦痛に対して，オピオイド，鎮静薬の使用や多職種チームによるサポートを行い，院内のマニュアルやオピオイド・鎮静薬に対する説明同意書なども整備し，これらの活動から得られたエビデンスを積極的に学会などで発表してきた。

3. 学会活動との連動

循環器疾患の終末期における延命治療の中止に関しては，2013 年日本循環器学会・日本心臓血管外科学会合同の「重症心不全に対する植込み型補助人工心臓治療ガイドライン」[13]，2014 年日本救急医療学会/日本集中治療医学会/日本循環器学会合同の「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン―３学会からの提言」[14] においても，事前指示・家族意思に基づき，多職種で判断し，プロセスを踏んで行うことが示された。これらの学会指針に従って行われた循環器疾患終末期における延命治療の中止あるいは不開始に対して，刑事・民事告発された事例は報告されていない。

日本心不全学会は，2016 年に「高齢者心不全患者の治療に関するステートメント」を発表し，特に高齢者の終末期医療においては，苦痛を与える医療処置を行うのではなく，苦痛を緩和する医療処置を行うことも念頭に置く必要があり，多職種カンファレンスと ACP が重要であることが示された[15]。一方で，2016 年には日本集中治療医学会から「DNAR 指示のもとに，安易な終末期

医療が実践されている」として「DNAR指示についての勧告」が発表されているように[16]，表面的なDNAR指示の取得に終始するのではなく，あくまでも患者の価値観・死生観を医療従事者と共有するプロセスそのものが重要である。

また，日本循環器学会/日本心不全学会の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」（2017年改訂版）では，ACPの実施はクラスⅠとされ[17]，2018年4月からは末期心不全を対象にした緩和ケアチーム医療に対して診療点数が1日390点加算されることが決定された。日本医療研究開発機構における受託研究においては，「循環器緩和ケアにおける診療の質評価に関する研究」が行われ，心不全緩和ケアにおける診療の質評価指標が提案された。ケアの構造とプロセス，病期に応じた心不全治療・ケア，全人的苦痛の緩和，意思決定支援と倫理的問題の対応についての計35指標によって，緩和ケアの質と同時に適切な心不全診療に関しても評価できるものとなっている[18]。また，ACPに関しても，患者用ならびに医療者用の支援ツールを開発し，有効性についても検証が行われた[19]。

おわりに

現在，日本循環器学会と日本心不全学会が合同で，日本緩和医療学会，日本脳卒中学会の参加も得て，「循環器疾患における緩和ケアについての提言」が作成中であり，2021年春に公開の予定である。心不全だけでなく，脳卒中を含めた循環器疾患に対して，終末期だけでなく，広義における緩和ケアをどのように提供すべきかについての提言がなされることになっている。

これらの成果をもとに，循環器疾患に対する適切な緩和ケアの普及が進むものと期待される。

文献

1) World Health Organization：Global atlas of palliative care at the end of life.〔https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf〕（2019.12.1アクセス）
2) Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al：ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult：a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure)：developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation：endorsed by the Heart Rhythm Society. Circulation **112**：e154-e235, 2005
3) Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al：Heart disease and stroke statistics--2012 update：a report from the American Heart Association. Circulation **125**：e2-e220, 2012
4) Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, et al：Hospitalization epidemic in patients with heart failure：risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. J Card Fail **17**：54-75, 2011
5) Allen LA, Yager JE, Funk MJ, et al：Discordance between patient-predicted and model-predicted life expectancy among ambulatory patients with heart failure. JAMA **299**：2533-2542, 2008
6) 日本循環器学会/日本不全学会：「心不全の定義」について．2017年10月〔http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20171101.pdf〕（2019.12.1アクセス）
7) Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al：Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. N Engl J Med **345**：1435-1443, 2001
8) Padeletti L, Arnar DO, Boncinelli L, et al：EHRA Expert Consensus Statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Europace **12**：1480-1489, 2010
9) Warraich HJ, Wolf SP, Mentz RJ, et al：Characteristics and Trends Among Patients With Cardiovascular Disease Referred to Palliative Care. JAMA Netw Open **2**：e192375, 2019
10) Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, et al：Palliative care in the treatment of advanced heart failure. Circulation **120**：2597-2606, 2009
11) 厚生労働省：循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に．2018年4月〔http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784.pdf.〕（2019.12.1アクセス）
12) 日本循環器学会：循環器疾患における末期医療に関する提言．2010年12月．〔www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf.〕（2019.12.1アクセス）
13) 日本循環器学会，日本心臓血管外科学会，日本胸部外科学会 他：〈日本循環器学会/日本心臓血管

外科学会合同ガイドライン〉重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン．2014 年 4 月更新版〔http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_kyo_h.pdf〕（2019.12.1 アクセス）
14）日本救急医学会，日本集中治療医学会，日本循環器学会：救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～．2014 年 11 月〔http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf.〕（2019.12.1 アクセス）
15）日本心不全学会：高齢者心不全患者の治療に関するステートメント．2016 年 10 月〔http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailureI.pdf〕（2019.12.1 アクセス）
16）日本集中治療医学会：Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示のあり方についての勧告．2016 年 12 月〔http://www.jsicm.org/pdf/DNAR20170105.pdf〕（2019.12.1 アクセス）
17）日本循環器学会/日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版）．2018 年 3 月〔http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf〕（2019.12.1 アクセス）
18）Hamatani Y, Takada Y, Miyamoto Y, et al: Development and practical test of quality indicators for palliative care in patients with chronic heart failure. Circ J（in press）
19）Takada Y, Hamatani Y, Kawano Y, et al: The utility of supporting tools for advance care planning in patients with chronic heart failure. Int J Palliat Nurs 25: 494-502, 2019

1. わが国の心不全緩和ケアの現状
B. 心不全緩和ケアの概要と展望

佐藤幸人
（兵庫県立尼崎総合医療センター 循環器内科）

はじめに

心不全の緩和ケアは社会的に重要な課題であるにもかかわらず，終末期との判断がしばしば困難であることやエビデンスに乏しいことなどから，具体的な記述が困難な領域となっていた。しかし高齢化社会を迎え，最近のレジストリーでは心不全の平均年齢は 80 歳を超え，がん，認知症，腎不全などの併存症も多く，社会的・家庭的にも多くの問題点を抱えるようになってきた[1]。2016 年，日本心不全学会ガイドライン委員会は「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」を発表し，そのなかの「終末期医療の指針」において，アドバンス・ケア・プランニングと緩和ケアについての提唱を行った[2]。最近発表された日本循環器学会の急性・慢性心不全診療ガイドラインでも緩和ケアの記述が加わった[3]。しかし，このような指針が複数出されたが，具体的にどのように行うか詳細な内容については未決定な部分も多い。一方で，2018 年からの診療報酬改定では，緩和ケアの対象疾患に末期心不全が追加された。本稿では，2016 年に日本循環器学会指定の循環器専門医研修施設（1,004 施設）を対象に行った心不全緩和ケアに対するアンケート調査結果（回答 544 施設）より，日本の現状を述べる。

心不全緩和ケアチームにおける職種

厚生労働省は「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」と介入時期を前倒しに変更し，「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を提示している[4]。そのなかで医療・ケアチームと十分な話し合いを行い，本人による決定を基本としたうえで，人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則であるとしている。

アンケート調査によると，回答が得られた施設のうち 42% では多職種心不全カンファレンスを行っていた。逆にいうと，残り 58% の施設では緩和ケアをチームで行わず，医師単独で行っている可能性が高い。心不全緩和ケアチームがある場合は，循環器専門医（92%），看護師（97%），薬剤師（58%），栄養士（47%），理学療法士（57%），医療ソーシャルワーカー（40%）などで構成されており，それぞれの職種が得意分野で活躍していることが示唆された（**図 1**，有効回答数 221）[5]。

緩和ケアが必要な症状と使用する薬剤

心不全患者に対して緩和ケアが必要な症状としては，呼吸困難（91%），不安（71%），抑うつ（61%），全身倦怠感（57%）が挙げられた[5]（**図 2**，有効回答数 527）。心不全患者に対する緩和ケアは，傾聴や環境調整，食事調整，身体活動の調整も含む包括的アプローチであるが，薬剤使用も含まれる。呼吸困難にはモルヒネを使用するが，がんの使用量の 1/4 くらいから効果を検討する。呼吸困難が改善し，食事摂取量も増加する患者がいる一方で，あまり効果がなく，モルヒネを増量すると副作用の便秘，吐き気やせん妄が前面に出る患者もある。その際には鎮静作用のある薬剤を使用するが，食事摂取や会話も不可能となり，そのまま看取りとなる症例も多い。

アンケート調査の結果では，最も多く処方されていたのはモルヒネであった（87%）。鎮静剤ではデクスメデトミジンの処方が最も多く（33%），

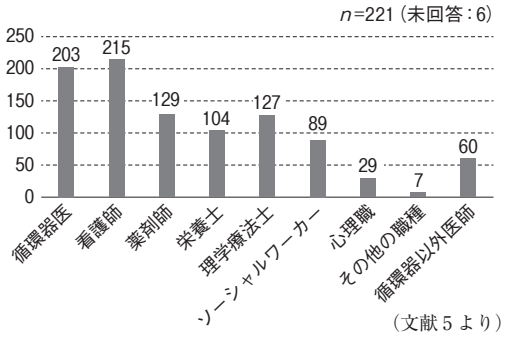


図1　心不全患者に対する緩和ケア カンファレンス構成メンバー（複数回答）

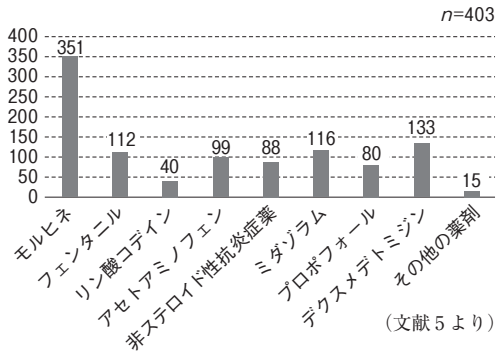


図3　心不全患者に対する緩和ケア薬物療法使用薬剤

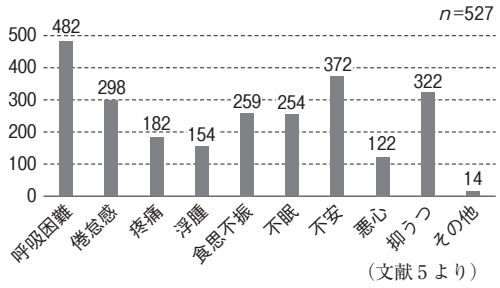


図2　必要と思う場合，緩和ケアはどのような症状に必要と思うか（複数回答）

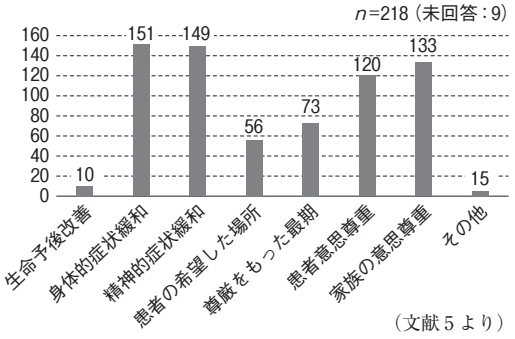


図4　緩和ケアをして良かった点（複数回答）

ミダゾラム（29%），プロポフォール（20%）が続いた[5]（**図3**，有効回答数403）。

心不全緩和ケアに期待される効果

緩和ケアを必要とする患者の苦痛には，身体的・精神的苦痛以外に，ソーシャルペインとスピリチュアルペインなどにも注意が必要である。ソーシャルペインとは，日常生活における家庭内，仕事，金銭問題などを指し，スピリチュアルペインは，死んだらどうなるのかといった，自己の存在の意味や価値に関わる痛みとされる。

身体的苦痛や精神的苦痛は薬剤投与などでもある程度は対応可能だが，ソーシャルペインやスピリチュアルペインは多職種チームによる社会的な調整や傾聴などが欠かせない。また，在宅看取りを希望するような場合は，ソーシャルワーカーの関与が欠かせない。ここに，緩和ケアを医師単独ではなく多職種で行う意義がある。

アンケート調査では，心不全緩和ケアの効果として，身体的および精神的な症状緩和が最も多く挙げられたが，患者の希望した場所での看取りや，尊厳をもった最期など，多職種が関わってこそ達成可能な効果も多く認められた（**図4**）[5]。そこで，サブ解析として，これらの効果を説明する因子として職種について多変量解析を行うと，身体的緩和には理学療法士，精神的緩和には栄養士，尊厳をもった見取りには薬剤師，希望した場所で過ごすことにはソーシャルワーカーのオッズ比が高いことが判明した[6]。このことからも，多くの効果を達成するためには，多くの職種が参加する必要があると考えられる。

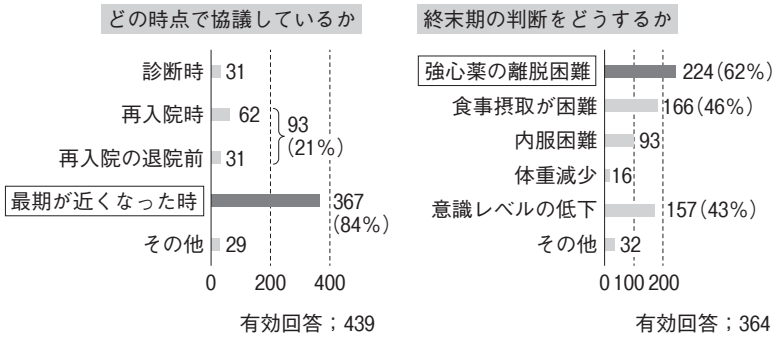


図5　緩和ケアを行う時の患者・家族への対応（文献5より）

緩和ケアにおける患者・家族との検討事項

患者・家族との検討事項としては，病気や予後に対する理解，生命維持治療に関する希望，希望する療養環境や社会的支援，事前指示の有無（リビングウイル），患者の苦痛と緩和ケアの選択，全体的な医療の希望（受けたい医療と受けたくない医療）などが挙げられた[5]。

これからの検討事項

1. 緩和ケアの導入を困難にする理由

心不全患者の予後は平均すると「がんにも匹敵するほど不良」なことが明らかになった。しかし患者・家族は「心不全は治る病気」と思っており，終末期になって初めて残された人生の時間がほとんどないことを知らされることも多い。意思決定支援は緩和ケアの重要な構成要素であるが，意思決定支援の方策としてアドバンス・ケア・プランニングが挙げられる。

アンケート調査によると，緩和ケア導入を困難にする理由として，生命予後の予測ができない，ガイドラインに基準がない，終末期に本人の意思決定が難しい，他のスタッフから協力が得られない，終末期症例の経験不足，家族と患者の意思が一致しない（未告知を含む），倫理的問題，法的問題などが挙げられた[5]。

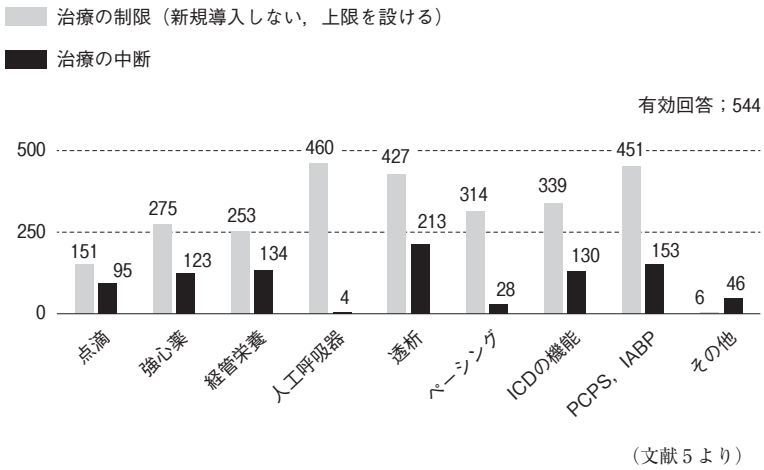
また心不全の正確な予後予測が困難であることから，緩和ケアの選択肢を早期に提示することは容易ではない。循環器専門医は「悪いニュース」を伝えるコミュニケーションを訓練する機会が少なく，心不全緩和ケアのインフォームドコンセントを困難にする一因となっている。アンケート調査では，78% の施設がそのようなトレーニングを受けていないと回答した[5]。また，緩和ケアは最期が近くなった時に介入しており，強心薬の離脱が困難になった時期であることが多かった（**図5**）[5]。

2. 人工呼吸器・透析・ICD などの中止

心不全緩和ケアアンケート調査では，末期心不全に対する新規治療の差し控えとして人工呼吸器（85%）が最も多く挙げられた。次いで経皮的心肺補助（percutaneous cardiopulmonary support；PCPS）や大動脈内バルーンパンピング（intra-aortic balloon pumping；IABP）などの補助循環（83%），透析（78%）であった（**図6**の □）。一方で，治療中断としては，透析（39%），PCPS や IABP などの補助循環（28%），経管栄養（25%），埋め込み型除細動器の作動（24%）の順に多いという結果であった（**図6**の ■）[5]。

がんの緩和ケアチームとの連携について

心不全緩和ケアのアンケート調査で回答を寄せた544施設のうち98%が「心不全緩和ケアは必要である」という認識で一致した。うち146施設（27%）に慢性心不全看護認定看護師が，366施



（文献5より）

図6　心不全患者の終末期に治療の制限・中断を行うことがあるか

設（69%）に緩和ケア認定看護師，115施設（21%）では両方の認定看護師が在籍していた[5]。しかし，両者が合同でカンファレンスを開いているかという問いに関しては，大半の施設が行えておらず，その理由は時間がない，疾患特性が違いすぎるということであった。

厚生労働省は，両チームが共同で心不全の緩和ケアを行うことを推進しており，現在の加算条件にもなっているが，各施設における連携体制の構築が急務と思われる。

文献

1）Yaku H, Ozasa N, Morimoto T, et al：KCHF Study Investigators. Demographics, Management, and In-Hospital Outcome of Hospitalized Acute Heart Failure Syndrome Patients in Contemporary Real Clinical Practice in Japan －Observations From the Prospective, Multicenter Kyoto Congestive Heart Failure（KCHF）Registry. Circ J **82**：2811-2819, 2018

2）日本心不全学会ガイドライン委員会：高齢心不全患者の治療に関するステートメント〔http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailurel.pdf〕（2020.1.23アクセス）

3）日本循環器学会，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〕（2020.1.23アクセス）

4）厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及啓発リーフレットについて，〔http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000079283.html〕（2020.1.23アクセス）

5）Kuragaichi T, Kurozumi Y, Ohishi S, et al：Nationwide Survey of Palliative Care for Patients With Heart Failure in Japan. Circ J **82**：1336-1343, 2018

6）Kurozumi Y, Oishi S, Sugano Y, et al：Possible associations between palliative care conferences and positive outcomes when performing palliative care for patients with end-stage heart failure: a nationwide cross-sectional questionnaire survey. Heart Vessels **34**：452-461, 2019

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

A. 医師からの視点

1）循環器専門医の視点から

菅野康夫
（けいゆう病院 循環器内科）

はじめに

循環器疾患を専門とする医師にとって，心不全を治療することは，病態を改善することであり予後を良くすることと同義であり続けた。その大義に従って心不全に対する治療法が進化してきたが，多くの循環器医にとって不得手なのは，あらゆる手を尽くしながら改善の期待ができない末期，終末期の心不全患者にいかに対応するかである。そこに入り込む考え方の1つが「緩和ケア」だが，2010年の「循環器疾患における末期医療に関する提言」（日本循環器学会）[1]を皮切りに議論と研究が行われ，2017年に改訂された心不全ガイドライン[2]では，緩和ケアは苦痛を抱える心不全患者に対して提供すべき医療と位置づけている。さらに2018年度診療報酬改定では進行期心不全患者に対する緩和ケア診療加算が認められ，心不全緩和ケアを推進する体制は整備されつつある。

しかしながら現状では，必要とするすべての心不全患者に緩和ケアが実践されるという目標からは程遠い。一部の施設を除き，ほとんど緩和ケアに目を向けられていないのが現状ではないだろうか。

本稿では，心不全患者を実際に診察し，治療し，方針を決定するかじ取り役の循環器専門医からの視点で，心不全の緩和ケアを充実させるために何が足りず，何が必要かを考えたい。

心不全緩和ケアがなぜ難しいのか

心不全緩和ケアが困難な理由は単一ではない。心不全という疾患の特性，診療にあたる循環器医の問題，既存の緩和ケアチームとの連携や多職種サポート体制が確立できない，など，複数の課題が交絡し，実践までたどり着けないものと考えられる。ここでは，これらの課題を個別に抽出したい。

1. 疾患特性

心不全ががんと決定的に異なるのは，末期から終末期に至る経過である。がんの場合，比較的QOLが保たれた状態で経過し，死の1〜2カ月前から急速に体調やADLが低下する。一方，心不全では，経過中に寛解，増悪を繰り返して徐々に心機能や身体活動が低下していく[3]。急速に症状が出現して入院するものの，治療に反応すれば一度悪化した病態が回復し，退院時にはある程度の身体活動が回復することが特徴である[4]。一方で，急激な状態悪化から終末期に移行する場合もあり，その予測がきわめて困難である。また，心不全では，末期になっても，機械的補助療法，カテーテル治療，外科治療，心臓移植など積極的治療のオプションが残されている。積極的治療と緩和医療とのバランスを考慮して常に診療を進める必要があり，治療の選択は患者の希望だけでなく，年齢や全身状態，治療による改善の見込みなどを的確に評価し，総合的に判断しなければいけない。さらに，心不全治療そのものが症状緩和になる場合も多く，心不全治療と緩和ケアの境界がはっきりしない。

以上の理由から，どのタイミングでどの程度，苦痛を緩和する治療に重きを置くのかの判断が難

しい。

2. 循環器医の意識

循環器疾患には，虚血性心疾患や不整脈など急激に血行動態が変化し急性期治療が重要な疾患が多い。心不全においても急性期治療を乗り切れば症状が改善し，慢性期治療は予後や心機能改善に重点が置かれる。したがって，QOL改善を主目的とし，死にゆく患者を対象とした緩和ケアは多くの循環器医にとって不得意になりやすい。心不全はがん同様徐々に悪化し，やがて死に至る疾患だが，死にゆくことを前提として患者や家族と対話しながら治療方針を決めていくことは少ないように思われる。そのため，改善する見込みがほとんどなくても積極的治療を選択し，QOLを損なう結果になることも少なくない。また，実際，終末期の苦痛に対して何をすればよいか分からないという声も聞かれる。依然として，「看取るのが緩和ケア」という認識が根強く残るのも事実である。

3. 多職種協働体制の未確立

緩和ケアはがんを対象疾患として発展したため，多職種からなる「緩和ケアチーム」はがん疾患の苦痛に対する緩和ケアには慣れているが，心不全患者を扱うのは容易ではない。一方，循環器医は前述のとおり，心不全治療においては専門だが，緩和ケアスキルは高くない。また，緩和ケアは多面的な苦痛に対応するため，医師だけでなく看護師，薬剤師，ソーシャルワーカーといった多職種による介入が必要である。多くの施設では，緩和ケアが必要な心不全患者がいても，循環器医が単独で治療方針を決定し，多職種協働での緩和ケア介入ができていないのが現状である。

心不全緩和ケアを充実させるために

「充実した緩和ケア」とは，ある特殊な施設のみが提供できる高水準の緩和ケアを提供することではなく，すべての患者に最低限必要とされるレベルの緩和ケアを提供することである。そのためには，循環器医全員に緩和ケア専門医レベルのスキルを期待するのではなく，①最低限必要な緩和ケアを認識し実践することが現実的と考えられ，また，②循環器医と緩和ケア医の連携を有機的に組織立てる必要がある。さらに，③予測困難な状況で適切なadvance care planning（ACP）を行うためのフレームワークを整備することが重要である。心不全緩和ケアはまだ黎明期であり，各地で萌芽的な研究や取り組みが行われている。

1. 心不全に対する基本的緩和ケアの習得

主治医である循環器医に基本的緩和ケアのスキルが足りないと，適切なタイミングで適切な緩和ケアを提供することが困難となり，緩和ケアを希望する患者にも積極的治療が選択される傾向にある。心不全治療の一環として緩和ケアを含めるのが妥当であり，そうした教育プログラムが必要である。最近，久留米大学を中心に心不全緩和ケアトレーニングコースとしてHEPT（HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider）という1日のプログラムコースが開催され，各地で普及・啓発活動が行われている。今後，研修医や医学生が受けるべき教育として，心不全緩和ケアが扱われることを期待したい。

2. 循環器医と緩和ケア医の連携

具体的に誰がどのように緩和ケアを行えばよいだろうか。心不全患者全員に必要なすべての緩和ケアを循環器医だけで実践するのは困難である。一方，緩和ケア医がすべてを担うのも現実的ではない。そこで，循環器医と緩和ケア医が連携し，役割分担をする必要がある。

1つの考え方として，がん緩和ケアで採られている手法が挙げられる，心不全患者を直接診療する循環器医が提供すべき「基本的緩和ケア」と，緩和ケア医が一定の経験を有するスペシャリストとして介入する「専門的緩和ケア」に分類することである（**図1**）。大部分は基本的緩和ケアで対応可能であるが，複雑な症例は専門的緩和ケアが必要と判断をし，緩和ケア医を中心とした熟練スタッフに介入を依頼する体制が理想的である。

近年は，緩和ケアチームだけでなく，心不全

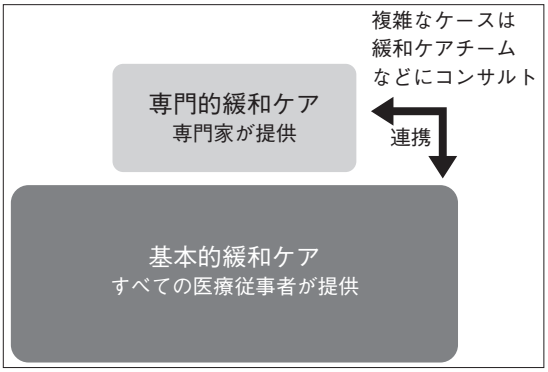


図 1　専門医と緩和ケア医の連携

チームや心臓リハビリチームなど，心不全患者に対して多職種からなるチームが存在する場合も見かける。その場合，既存のチームに緩和ケア医が加入することで専門的緩和ケアが提供できると考えられる。

3. 円滑な ACP を行うために

心不全患者のたどる経過を予測することは困難であり，重症心不全患者では実際の予後よりも自分の予想した予後が短い傾向にある[5]。つまり，重症化しても自分の予後は先だと考える傾向があり，代理意思決定者も含めた終末期に受けたい医療の希望について先延ばししてしまう。医療者側も，いつどのような話を患者にすればよいのか分からずに終末期を迎えてしまうこともしばしば経験する。近年，心不全患者および対峙する医療者それぞれに，ACP ガイダンス用の冊子などが作成され，それを用いた ACP を行うことが shared decision making の達成に有効である可能性が示された[6]。このような冊子を活用することも 1 つの案である。

おわりに

循環器疾患の診断や治療の進歩は目覚ましく，循環器医は各分野のスペシャリストとして活躍し注力している場合も多いであろう。心不全は，あらゆる循環器疾患の終末像であり，終着点ともいえる。「その人らしい人生の終焉」を達成することは究極の目的であり，すべての循環器医はその診療の一部として，心不全緩和ケアを位置づける必要がある。

文献

1）日本循環器学会，他：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2008-2009 年度合同研究班報告）―循環器疾患における末期医療に関する提言〔http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf〕（2019.10.30 アクセス）
2）日本循環器学会，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〕（2019.10.30 アクセス）
3）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
4）Goodlin SJ：Palliative care in congestive heart failure. J Am Coll Cardiol **54**：386-396, 2009
5）Allen LA, Yager JE, Funk MJ, et al：Discordance between patient-predicted and model-predicted life expectancy among ambulatory patients with heart failure. JAMA **299**：2533-2542, 2008
6）Takada Y, Hamatani Y, Kawano Y, et al：Development and validation of support tools for advance care planning in patients with chronic heart failure. Int J Palliat Nurs **25**：494-502, 2019

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために
A. 医師からの視点
2）緩和ケア医の視点から

山口　崇
（甲南医療センター 緩和ケア内科）

日本における緩和ケアの歩み（表 1）

現代のホスピス・緩和ケアの営みは，1960 年代 イギリスのシシリー・ソンダース（Dame Cicely Saunders）女史による St. Christopher Hospice の設立とその後の活動が起源とされる。わが国におけるホスピス・緩和ケア活動は，1970 年代には早くも見られ始めた。まず，1973 年に淀川キリスト教病院の院内活動として「死にゆく患者への系統的なケア（organized care of dying patients；OCDP）」が開始された。これは，一般病棟に入院している終末期がん患者に対し多職種でチームを組みケアを行う，という活動であり，わが国における初めてのホスピス・緩和ケア活動とされている。

その後，1981 年にわが国最初の施設ホスピス / 緩和ケア病棟として聖隷ホスピスが聖隷三方原病院内に開設された。その後，国内ではキリスト教系の病院を中心に少数のホスピス / 緩和ケア病棟が開設されたが，1990 年 4 月に診療報酬制度に「緩和ケア病棟入院料」が設けられたことにより飛躍的にその数が増えていった（**図 1**）。

さらに，2002 年に緩和ケアコンサルタント活動に対する「緩和ケア診療加算」が診療報酬制度に設けられ，それまでホスピス / 緩和ケア病棟に偏っていた緩和ケア活動やリソースが治療期の患者も含めた緩和ケア病棟外の一般病棟に広がる大きな契機となった。「がん対策基本法」（2006 年）「がん対策基本計画」（2007 年）と相まって，この時期に緩和ケアリソースが飛躍的に全国に広まった。しかしながら，「緩和ケア病棟入院料」，「緩和ケア診療加算」，「外来緩和ケア管理料」（2012 年）など，緩和ケア診療に関わる診療報酬の対象は（後天性免疫不全症候群患者も対象に含まれるが），おもに悪性腫瘍患者に限られており，臨床現場においても緩和ケアが提供される対象は悪性腫瘍患者であることがほとんどであることが続いていた。

そのようなわが国の緩和ケアを取り巻く状況のなかで，2018 年に「緩和ケア診療加算」の対象疾患に“末期心不全”が追加された。

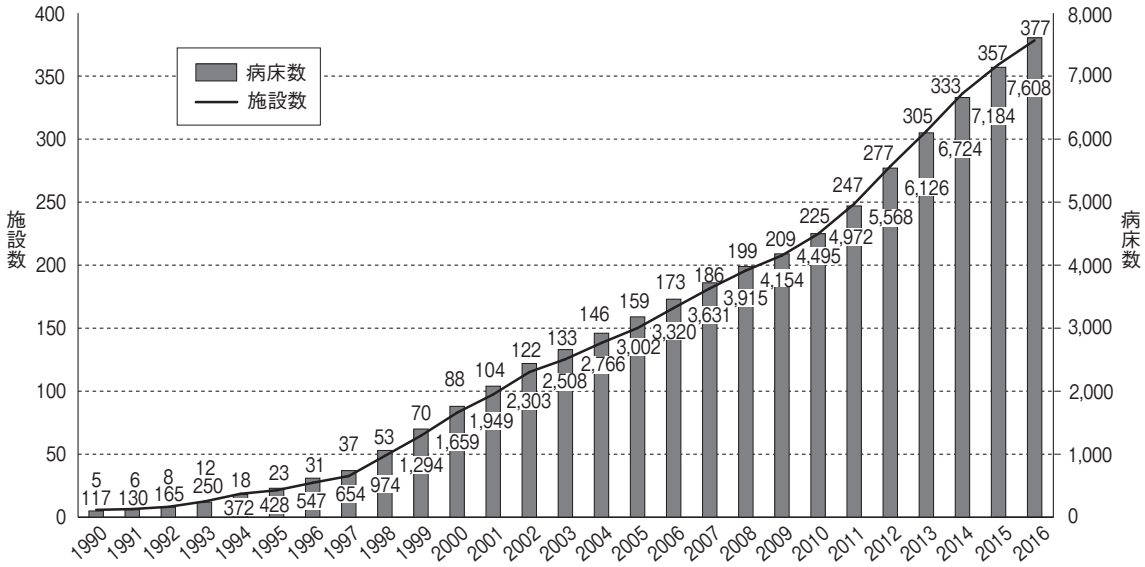
心不全の緩和ケアにおいて緩和ケア医に“足りない”部分

世界保健機関（World Health Organization；WHO）の定義（**表 2**）にもあるように，緩和ケアの対象は，その疾患区分や時期により規定されるものではない。しかしながら，前述のとおり，わが国の緩和ケアは診療報酬制度上の縛りだけではなく，医療者の意識のなかにも一般社会のなかでも「緩和ケア＝終末期のがん」という構造が形成されてきた。そのような環境の臨床現場で過ごしてきたわが国の緩和ケア医の多くは，結果として，がん患者，なかでも予後が 1 ～ 2 カ月以内程度の終末期の進行がん患者（およびその家族）への診療を日常として長らく過ごしてきた。また，現状では，がん診療（oncology）をそもそもの診療のバックグラウンドとしている緩和ケア医も少なくない。

このような背景から，わが国の緩和ケア医には，がん以外の疾患に関する知識・経験が不足す

表 1　わが国の「緩和ケア」の歩み

1973 年：淀川キリスト教病院 OCDP(Organized Care of Dying Patients)
1977 年：「日本死の臨床研究会」設立
　　⇒　英国の St. Christopher Hospice を紹介
1981 年：わが国初の施設ホスピス〔聖隷ホスピス（聖隷三方原病院）〕設立
1987 年：WHO 編集『がんの痛みからの解放』出版
1989 年：「末期医療に関するケアのあり方検討会」報告書公表
1990 年：診療報酬制度に緩和ケア病棟入院料収載
1991 年：全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（現 ホスピス緩和ケア協会）設立
1996 年：日本緩和医療学会設立
1998 年：ホスピスケア認定看護師（現 緩和ケア認定看護師）制度開始
2002 年：緩和ケアチームの診療報酬「緩和ケア診療加算」収載
2006 年：がん対策基本法成立（2007 年 4 月施行）
2007 年：がん対策推進基本計画公表
2010 年：緩和医療専門医認定開始
2018 年：「緩和ケア診療加算」の対象疾患に「末期心不全」が追加



（日本ホスピス緩和ケア協会，2016 年 11 月時点）

図 1　わが国の緩和ケア病棟 / 病床数の推移

表 2　世界保健機関による緩和ケアの定義

緩和ケアとは，生命を脅かす疾患（Life-threatening illness）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，（痛みなどの）身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題に関して，きちんとした評価を行い，それが障害とならないように予防したり対処したりすることで，生活の質を改善するためのアプローチである

（WHO Definition of Palliative Care, 2002）

る場合が多くなっている。

話を心不全にフォーカスすると，心不全診療の知識・経験を積むのに最も効果的な方法は，循環器診療に“どっぷり”つかることであろう。では，緩和ケア医が“心不全緩和ケア”に従事するために循環器診療のトレーニングを受けるべきであろうか？　もちろん，それができればより高いレベルでの“心不全緩和ケア”の実現に有用であると考えられる。しかしながら，前述のとおり緩和ケアの対象はきわめて広範であり，そのすべての疾患領域の専門研修を緩和ケア医に求めるのは現実的ではない（もちろん，“心不全緩和ケア”に特

化した超専門家を目指す場合は別である)。そのようななかで，心不全に対する標準的な治療法，一般的な心不全の疾患経過（illness trajectory）[1,2]，心不全患者の診療において注意すべき点〔使用を控えるべき薬剤（たとえば，NSAIDs や三環系抗うつ薬）など〕あたりは，緩和ケア医が最低限身につけておくべき知識ではないかと，循環器“非”専門医である筆者（緩和ケア医）は思っている。

また，重症心不全患者により特徴的な項目として，心不全診療におけるデバイス治療〔埋め込み型除細動器（implantable cardioverter defibrillator；ICD），左心補助人工心臓（left ventricular assist device；LVAD）など〕の効果と意義，さらにはそれらのデバイスを無効化することにおける患者サイドならびに医療者サイドの葛藤や心理的な影響に関しても十分に理解するよう心がける必要があると考えている。

と，ここまで述べてきたが，現実にはこれらの項目を十分に理解したり経験したりすることは容易ではないが，緩和ケアの“プロフェッショナル”として心不全緩和ケアに携わっていくにあたり，これらの知識を得る努力を自ら継続的に行っていかなければならない，ということは間違いない。それと同時に，心不全診療の専門家である循環器専門医との協働を進めることが重要で，それにより緩和ケア医が心不全の一般的な知識をよりスムーズに習得することができるとともに，目の前の患者に特異的な情報の取得がより確実に可能になる。

また，心不全患者では，がん患者と比較すると，より長い期間（場合によっては，最期の時まで）原疾患の主治医（＝循環器専門医）と緩和ケア医が併診の形で関わっていくのが“心不全緩和ケア”においては，その疾患の経過からは自然である。しかしながら，取り巻く周辺の意識・雰囲気も含めたこれまでの緩和ケア医の診療環境においては，循環器専門医（に限った話ではないが）との密なコラボレーションが図れている施設は全国的にも多くないのが現状であると思う。したがって，そのような循環器専門医と緩和ケア医が“普段から”密なコラボレーションを形成できるような体制づくり，が，もう１つ現在の緩和ケア医（というか，心不全緩和ケア全体として）に足りない部分として挙げられる。

心不全の緩和ケアにおける緩和ケア医の“強み”

では，一方で，“心不全緩和ケア”における緩和ケア医の強みは何だろうか？

1. 症状緩和

心不全患者では，胸痛・呼吸困難・倦怠感など，心臓の機能が直接的に影響を与える症状はもちろん，それ以外にもさまざまな症状を抱えていることが報告されている[3]。心不全に限らず種々の非がん患者の症状緩和治療に関しては，これまで培ってきた「がん患者における症状緩和方法」を外挿して対応するのが診療の基本となる。たとえば，分かりやすいところでいえば，呼吸困難に対するモルヒネをはじめとしたオピオイドの使用である[4～6]。もちろん，モルヒネ１つをとっても，がん患者での使用法と心不全患者での使用法に違いはあるので，そこは緩和ケア医もしっかりと勉強しないといけないが，そもそもモルヒネ使用の経験値が緩和ケア医は一般的に高いことは事実である。したがって症状緩和に関する知識・経験という部分においては，われわれ緩和ケア医に一日の長があり，症状の評価と症状緩和に関する薬物療法・非薬物療法の提案は，われわれ緩和ケア医がサポートできる大きなポイントと考える。

2. 重篤な疾患や重大な決断に関するコミュニケーション

がんも心不全も「生命を脅かす疾患」であり，かつ，「進行性の疾患」である。そのような危機的な身体状況に際した患者やその家族と接するという点では緩和ケア医は経験が豊富であるといえる。そのような患者や家族の心理社会的な苦痛に対する支持的な関わりはもちろんのこと，精神医学専門家への紹介が望ましい状況かどうかの評価もあわせて行うことが可能である。さらには，医療内容に関する難しい意思決定の場面においては，患者に支持的に関わるのみならず，予後予測

や意思決定能力の評価，現状や将来に関する患者・家族の認識の確認，心情や価値観の探索などは緩和ケア医が常日頃から行っていることなので，意思決定支援（これは，患者サイドはもちろんであるが，循環器専門医サイドに対する支援を伴う場合もありうる）という点でも，幅広い側面で貢献できると考える。

3. プライマリチームの外にいる存在

がん患者の場合，「早期からの緩和ケア」が謳われ，治療期からの緩和ケア専門家の関わりが増えてきているが，やはりその終末期にはがん治療医からは離れて“緩和ケア”が占める割合が大部分となる時期が一定の期間生じるのが現状である。これは疾患の特性上，ある意味適切であると思われ，決して悪いことではないと思う。そういう点からは，がん患者の終末期には緩和ケア医が“診療の中心”に座ることも頻繁にあることである。一方で，心不全診療の中心にはやはり循環器専門医がいるわけであるが，その体制は多くの場合，終末期まで（亡くなるまで）維持される。それは，心不全という疾患に対する治療自体が症状緩和に直接的につながる，という点が終末期まで維持されるからである。つまり，循環器専門医による細やかな薬剤調整や生活指導などが，予後の延長だけではなく症状緩和にも直結するわけである。したがって，心不全緩和ケアにおいて緩和ケア医はほとんど常に“サポーター”なのである。そういった意味では，患者に最も近い存在ではあるが，時に患者にとって重大な決断を下す存在でもある循環器専門医には直接“言いづらいこと”や“聞きづらいこと”もあると思われる。そのような時に，第三者的な存在として緩和ケア医が聴き手となったり，患者の思いを伝える緩衝役となったりすることができる。

また，プライマリチーム（＝循環器専門医や循環器病棟のスタッフ）の外にいる立場から，診療面のサポートのみならず，プライマリチーム自体が抱えるつらさや悩みを聴いたりケアしたりできる存在としての存在意義もある。緩和ケア医側が何かの提案をするだけではなく，時にプライマリチームが行っているケアを承認する声かけやねぎらいの声かけを行うことも大切だと思っている。

おわりに

以上，わが国の緩和ケアの発展の経緯を踏まえて，“心不全緩和ケア”における緩和ケア医に「不足している点」と「強みを発揮する点」に関して述べてきた。心不全患者の QOL 向上やより良い終末期の過ごし方につなげられるように，われわれ緩和ケア医は，普段から循環器専門医と協働し，「不足している点」をなるべく少なくして，「強みを発揮する点」をより生かしていけることがもっと日常的になるよう，より一層努力していく必要があるだろう。

文献

1) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al：Patterns of functional decline at the end of life. JAMA **289**：2387-2392, 2003
2) Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al：Illness trajectories and palliative care. BMJ **330**：1007-1011, 2005
3) Moens K, Higginson IJ, Harding R, et al：Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. J Pain Symptom Manage **48**：660-677, 2014
4) Chua TP, Harrington D, Ponikowski P, et al：Effects of dihydrocodeine on chemosensitivity and exercise tolerance in patients with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol **29**：147-152, 1997
5) Johnson MJ, McDonagh TA, Harkness A, et al：Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure--a pilot study. Eur J Heart Fail **4**：753-756, 2002
6) Oxberry SG, Bland JM, Clark AL, et al：Repeat dose opioids may be effective for breathlessness in chronic heart failure if given for long enough. J Palliat Med **16**：250-255, 2013

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために
B. 看護からの視点

高田弥寿子
（国立循環器病研究センター 特定行為研修部）

はじめに

医療の現場は多忙を極めており，働き方改革で労働時間の管理が厳格化されているなか，効率化が求められている。心不全の緩和ケアを充実させるためには，循環器診療に従事する医療従事者が基本的緩和ケアの実践能力をもち，実践していく能力を育成することが鍵になる。

当院では，2013 年から心不全緩和ケアチームが院内で活動しており，緩和ケアの専門的な知識をもつ認定看護師，専門看護師が構成メンバーとして入っている。本稿ではこれからの時代背景を踏まえ，心不全緩和ケアを充実させるために，どう人材育成をすればよいか，緩和ケアチームの看護師が果たすべき役割について，チーム活動での経験から考察したい。

心不全緩和ケアを充実させるための役割

1. コンサルテーションを通して，看護師の基本的緩和ケアの能力の向上に寄与する

心不全の緩和ケアを実践する臨床現場には，緩和ケアの実践を促進するファシリテーターとなる人材がいるとはいえない。したがって，緩和ケアチームの看護師がコンサルテーション活動を通して現場教育を行うことは，看護師の緩和ケアの関心を高め，基本的緩和ケアの知識・スキルを向上するうえできわめて重要な支援の 1 つである。

コンサルテーションは，さまざまな資源を用いて問題解決や変化を起こし，主治医チームを支援するプロセスであり，単なる「相談」ではなく援助過程であり，コンサルタント（緩和ケアチーム）とコンサルティ（主治医チーム）の相互作用をもつ。つまり，緩和ケアチームの看護師が，相談者の相談内容をよく聴き，解決すべき問題は何か，問題の本質は何かを見極め，その問題に対してどのように介入するべきなのか（直接介入すべきなのか，間接介入なのかを含めて），相談者と情報共有しながら判断し，よりよい支援を共に考えるプロセスであり，相談者の成長を促すことができる。

当院における看護師からの緩和ケアチームへのコンサルテーションは，「痛みの緩和をしたいが，どのようにアプローチすればよいか分からない」「ACP が必要だと思うが，主治医がまだ早いと言っており，どう進めてよいか分からない」「延命治療を望んでいないと推測される患者の家族が延命治療を希望しており，どう家族と対峙してよいか分からない」といった，症状緩和から倫理的問題への対応に及ぶ多様なものである。その背景には，緩和ケアに対する基本的な知識やスキルが不足していること，多職種との調整や倫理的問題の解決の方法に関する理解が不十分なため，問題解決の方法に自信がもてていないケースが多い。人材育成につながる支援で大切なのは，相談者からの情報のみで，どのように介入すればよいかという助言を安易に述べないことである。

コンサルティ側は「どうすればよいか」といった方法論のアドバイスを欲することが多いが，問題解決に必要な情報が収集されていない場合が多い。たとえば，疼痛緩和の場合には，部位や強さは収集されているが，症状のパターンや性質，増悪・寛解因子，日常生活への影響，治療による反応は収集されていない。その際には，症状の評価の内容とアセスメントがアプローチ方法を決めることを共有し，コンサルティとともに追加情報を

カルテから確認したり，ベッドサイドで情報収集し，情報収集内容からアセスメントした結果を共有し，支援内容を助言するようにする。このプロセスをたどることで，情報収集➡アセスメント➡介入内容の思考過程を踏むことができ，その経験を次の患者のケアに活かすことができるようになる。

基本的緩和ケアにおける症状緩和において，患者のベッドサイドの最も近くにいるすべての看護師は，まず，基本的な患者の苦痛症状の観察・評価を的確に行う力を身につけることが重要であり，意識して介入していくと質が高まっていく。

一方，医師との調整や倫理的問題への対応について困っている場合には，コミュニケーションの問題，複雑な問題が絡んでいる場合が多く，多職種カンファレンスが必要な場合が多い。そのため，リーダー以上の経験年数を経た看護師に求められる役割であると考えられる。日常臨床では，ベテランナースであっても，多職種との見解の違いを知覚すると，「関係を壊したくない」「言っても無駄じゃないか」と，ネガティブな感情から話し合いに一歩踏み出せない場合がよくある。見解の違いの背景にある価値・思いを十分に話し合えていない場合がほとんどであるため，各専門職による見解の違いは当然起こるものであることを共有し，相手の見解とその背景にある価値に耳を傾けること，そして，看護専門職としての自己の見解とその理由を，患者・家族のQOLの視点でどう最善なのかを他者に述べることができるように支援することが重要である。

また，倫理的問題への対応については，医学的な判断，患者の意向，周囲の状況（家族の意向や療養場所の状況など）という観点から多職種チームで情報共有し，患者にとっての最善の選択について合意形成する必要がある。そのため，緩和ケアチームの看護師が役割モデルとなり，カンファレンスができる環境を意図的につくっていくことが望ましい。そして，倫理的問題を考える際の看護師の責務であるアドボカシーの概念（患者との対話を通して患者の価値観や思いをくみとり，価値観に応じた選択ができるように支援すること）を共有する。看護師は，患者・家族の「延命治療は受けたくない」という選択の背景にある価値観や思いを十分に引き出せていない，自分の価値観と患者・家族の価値観とを十分識別できないまま，個人の価値観で意思決定に至ることが少なくない。したがって，ジレンマを共有し看護専門職者として，患者・家族の選択の背景にある価値観や思いを十分に理解できているか，受け止められるように働きかけることが重要である。

2. ACPのファシリテーターとしての役割を発揮する

わが国では，少子超高齢社会により生産年齢人口が減少し，社会保障制度の破綻が目前にきており，病院で最期を迎えることが難しい時代に入っている。住み慣れた場所でその人らしい人生を送ることができるよう，地域で患者・家族を支えていかなければならない。したがって，心不全パンデミックである現代において，心不全患者のACPの推進は，その人らしい人生を送ることができるための鍵である。

その実現において，QOLの視点から地域での療養選択肢や緩和ケアを見据えた患者の望む生活，人生の実現のための話し合いを行うことが不可欠となる。このような観点から，ACPの実施は，医師が単独で実施するよりも多職種が協働して，患者が望む生活や目標を踏まえた療養場所や治療に関する選択についての支援を行うほうが望ましいと考える。

カナダで開発された多職種協働による共有意思決定モデル（inter-professional shared decision making model）では，多職種が協働して意思決定に患者を関与させ，ヘルスケアサービスと保健事業を統合した継続的なケアを促進することで，意思決定の質を向上させる可能性があると述べている[1)]。このモデルでは，多職種チームが効果的に機能するうえでの特異的な役割として，イニシエーター，ディシジョンコーチが必要であることが示されている。イニシエーターは中心的な役割で，健康問題を特定できる専門家（医師，高度実践看護師，薬剤師），ディシジョンコーチはファシリテーターの役割で，意思決定への患者の関与をサポートするように訓練された医療者で，

支持的で中立的な立場である看護師，MSW，心理士などが推奨されている。

当センターにおいても，近年，緩和ケアチームにコンサルテーションのあった患者に対して多職種協働のACPの実践を展開しており，コンサルテーション件数も増えている。緩和ケアチームの看護師は，患者の心理的準備性や病状説明の受容の状態をアセスメントしながら，望む医療や生活について考えられるようにファシリテーターとして機能し，その反応をチームにフィードバックする。このことにより患者の望む生活の実現につながっている。

看護の仕事は，対象の健康状態に応じた生活を整え支える仕事であり，健康上の問題に対する人間の反応を全人的な側面から捉えることができる専門職である。また，看護は，患者の選択における価値・信念をくみとる責務を有しており，ACPのファシリテーターとして役割発揮する人材としてふさわしいと実感する。

まずは，看護師1人ひとりがACPの必要性を認識し，患者の病状経過を踏まえ，主治医と協働しながら，人生の最終段階に患者の望む生活や療養場所について対話を通して確認するところから始めてはどうだろうか。

今後は，ACPに関わる教育研修の方法論を学び，心不全緩和ケアにおけるACPのファシリテーターの育成プログラムの構築につなげたい。システムとして整えていくことで組織全体の能力向上につながることが期待できる。組織全体の能力開発のためのシステムを構築することも，高度実践看護師の重要な役割である。

おわりに

高度実践者には，チェンジエージェントとしての役割発揮が求められている。緩和ケアに関与する各施設の高度実践看護師は，今こそ一丸となって，現場での教育を充実させるための方略の共有や，継続させるためのシステムについて検討し，臨床現場でいきいきとチーム医療におけるリーダーシップを発揮する姿を見せる。そのことが，心不全緩和ケアの充実において重要である。

文献

1） Légaré F, stacey D, Gagnon S, et al : Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. J Eval Clin Pract **17**：554-564, 2011

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために
C. リハビリテーションからの視点

川端太嗣
（兵庫県立尼崎総合医療センター リハビリテーション部）

はじめに

心臓リハビリテーションにおける理学療法の本質は心機能と運動負荷とのバランスであり，そのバランスを維持，調整することで，心不全を抱えた患者の ADL，QOL を改善することが理学療法の目的である。

慢性心不全は増悪と寛解を繰り返す経過をたどるため，増悪時にも改善可能かどうかの判断が困難であり，終末期の判断は難しいといわれている[1)]。さらに日本心不全学会より提示された高齢者心不全患者に対する終末期医療の指針では，アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning；ACP）は，本人・家族を含めて終末期を迎える以前の段階から開始することが望ましい，個人の人生観や希望を取り入れた緩和医療を循環器領域でも推進しなくてはいけない，終末期の意思決定は医療チームで共有しチームで支えることを原則とする，と示されている[2)]。

本稿では，心臓リハビリテーションに携わる理学療法士が心不全の緩和ケアにおいて果たす役割を，意思決定支援を中心に述べる。

理学療法士の役割

理学療法士はケガや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して，基本動作能力（座る，立つ，歩くなど）の回復や維持，および障害の悪化の予防を目的に，運動療法や物理療法などを用いて，自立した日常生活が送れるよう支援する専門職である。対象者 1 人ひとりについて医学的・社会的視点から身体能力や生活環境などを十分に評価し，それぞれの目標に向けて適切なプログラムを作成する。その業務形態としては診療報酬体系上，患者 1 人に 1 日 20 分（1 単位）以上マンツーマンで関わることができる。

ここでは慢性心不全患者の運動療法とプログラムの立案・実施，情報共有について取り上げる。

1. 慢性心不全患者の運動療法

慢性心不全患者の運動療法は患者の心機能，骨格筋を含めた心臓外の要因を繰り返し評価しながら有酸素運動を中心に実施することとなる。負荷量については可能であれば心肺運動負荷試験（cardiopulmonary exercise test；CPX）を施行し，嫌気性代謝閾値（anaerobic threshold；AT）を用いた運動処方が望ましいが，安静時の脈拍と予測最大脈拍数から至適脈拍数を設定する Karvonen 法を用いる場合は定数 k の値が 0.4 以下程度の低強度から開始する[3)]。運動療法中は血圧，脈拍の変化，息切れの増悪，倦怠感などに注意し，調整する。

2. プログラムの立案，実施

心不全緩和ケアにおいては患者ニーズのなかから動作，運動負荷に関わることを抽出し，評価のうえプログラムを立案，実施することが求められる。ここで最も重要なのは，患者のニーズをいかに具体的にイメージできるかである。心不全患者のニーズは多岐にわたり，また疾患の病状，患者の受け入れ状況により，昨日は治癒を，今日は疾患管理を，明日は苦痛除去をといったように日々刻々と変化する[3)]。この日々の揺らぎ，変化に気づき，さらに日々の患者の症状を踏まえたうえでプログラムを変更，調整することが重要となる。

またプログラムを実施していく際，注意すべき

こともある。一般的な概念では理学療法，リハビリテーション（以下，リハビリ）＝運動と捉えられている場合が多いが，心不全の緩和ケアの場面においては「＝運動」を取り除いておく必要がある。長期的にも短期的にも増悪と寛解を繰り返す心不全の場合，全身倦怠感や軽度の息切れ，また不安などにより「運動」ができないと患者自身が判断し，リハビリを拒否されることも多い。理学療法の手技には疼痛緩和を目的としたストレッチやマッサージ，温熱療法など負荷にはならない手技もあり，極論をいえば「話す」ことのみで20分を使うことも可能であるといったことを，状態の良い時から伝えておく必要がある。

3. 情報共有

理学療法士は毎日一定時間，マンツーマンで接することができる職種であることから，得られる情報も多い。その１つひとつの情報に日常生活像や動作が含まれていることから，内容は疼痛，倦怠感の日々の変化や現状，未来に対する希望，家族との関係性，その人の人生観，好きな食べ物まで多岐にわたる。またいろいろな職種，立場で複数の医療スタッフが１人の患者に関わることができれば，より患者の思いを表出する機会が増えると考える。

患者ニーズの把握，意思決定支援

意思決定支援の意義は最終的に個々の患者にとっての適切な結果を得ることにあり，生存期間の延長のみならず，QOLの維持，全人的苦痛や家族ケアを含めたアプローチに基づくものである[1)]。生存期間の延長，QOLの維持，全人的苦痛の緩和を満たすためには，医学的妥当性とともに，詳細な患者ニーズの把握が必要になる。たとえば「家に帰りたい」といったニーズはよく聞かれるが，この言葉の意味するところは，“動けなくてもいいから”帰りたいという人もいれば，“元気だった頃の状態で”帰りたいという人もいる。また帰れないと分かっていても「帰りたい」という人もいる。つまり患者のひと言だけをとってもそのイメージ，思いはさまざまであり，すべてを把握するには困難をきわめる。患者のニーズを把握する方法論として確立したものは現時点では存在しないため，ここではわれわれの考える道筋を例示する。

1. 未来に対する希望

「家に帰りたい」「会いたい人がいる」「行きたい所がある」などが含まれる。

未来に対する希望には，実現可能かどうかの判断，また実現に際し，その方法，手段が患者自身のイメージと異なる場合も望むかどうかの確認が必要である。さらに実現可能な場合においても，そのプロセスで苦痛を伴うことや努力を要する場合があることから，経過，方針を説明し，同意を得ておくことも重要である。また患者自身，家族が叶わないと分かっている希望も含まれていることが多い。

2. 現状に対する希望

「歩きたい」「苦痛を取り除いてほしい」などが含まれる。

現状に対する不満，不安の表出の場合が多い。詳細に聞き出すことで対処，実現可能かの判断は行いやすい。病態上，増悪と寛解を繰り返すことから，「また良くなるだろう」といった楽観的に考える場合と，繰り返される苦痛により未来に対する希望がもてない場合に，現状に対する希望に偏る傾向がある。

3. 治療に対する希望

治癒，カテコラミンの離脱を望む。この希望が最期まで存在する可能性があることが，がんとの大きな違いである。若年層ほど多く，厳しい疾患管理，活動制限や食事制限なども受け入れる。この希望に固執した場合，現状や未来に対する希望を実現するタイミングを逸することがある（例：最後に家に帰る，など）。

この分類は患者のニーズに対して必ず重複するが，重要なのはどの希望のベクトルに重点を置いているかを把握することである。それは患者が治療に重点を置いているのか，QOLに重点を置いているのか，もしQOLに重点を置いているので

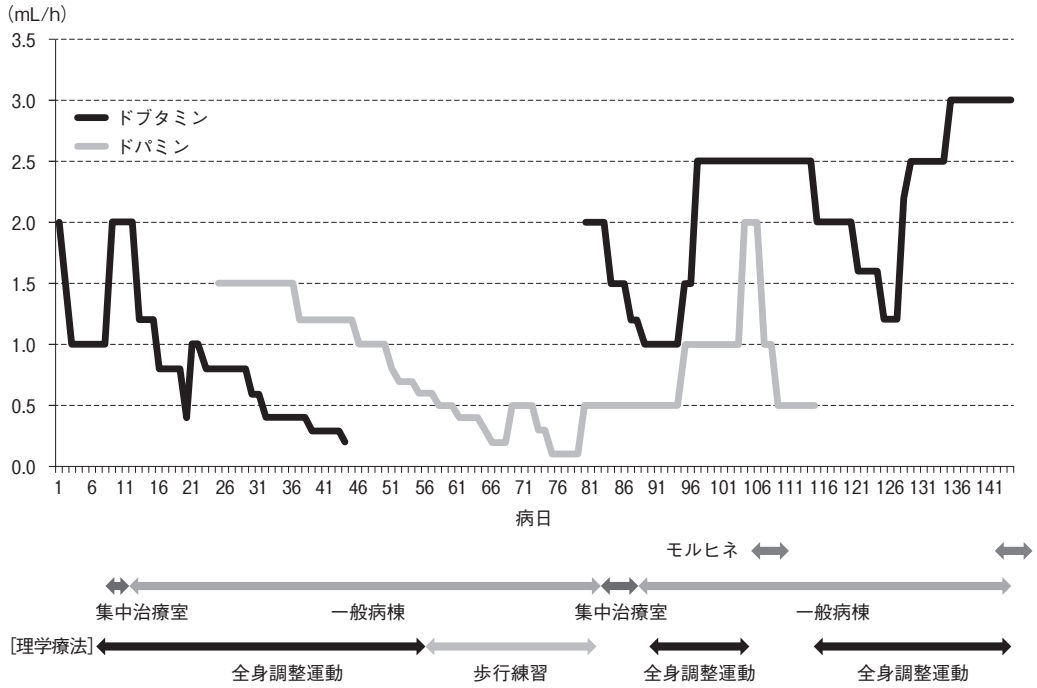


図1　塩酸ドブタミン，塩酸ドパミン，モルヒネ使用の経過および理学療法実施内容の経過

あれば，それを時系列で把握することが可能となる。また重点を置いているベクトルが極端に偏っている場合，その理由を明らかにするとともに，そのベクトル以外の希望について情報収集，情報提供することにより，患者にとってよりバランスのとれた意思決定が可能になると考える。

事例紹介

【事　例】60歳代，男性。特発性拡張型心筋症，慢性心房細動による慢性心不全にて入院となる。前年1年間に複数回の心不全増悪入院を繰り返していた。日常生活では特に新たな心負荷がかかった経緯はなく，最小限の日常生活でも心不全の増悪をきたしている。家族構成は妻と2人暮らしで本人は無職，妻は介護職であった。入院当初は家に帰ってのんびりしたいという希望であった。

【経　過】塩酸ドブタミン，塩酸ドパミンおよびモルヒネ使用量の経過，理学療法実施内容の経過を**図1**に示す。

経過は第6病日理学療法開始。プログラムはベッド上での全身調整運動，筋力増強練習から開始した。第41病日患者支援・緩和ケアチーム介入。第52病日歩行練習追加。塩酸ドパミン使用下であったため50mより開始し，1週間継続したうえで悪化がなければ歩行距離を延長していった。第79病日には300mに達しており，トイレ歩行も実施可能になっていた。第80病日に感冒に伴う心不全の増悪を認め，理学療法中止となった。第87病日ベッド上運動のみの理学療法再開。第103病日心不全増悪に伴い理学療法中止。塩酸モルヒネ使用開始。第109病日症状改善により塩酸モルヒネ中止。第114病日ベッド上運動のみの理学療法再開。第141病日塩酸モルヒネ使用開始。第144病日理学療法中止。その後は病室へ行き，病状を確認しながら妻とコミュニケーションを図った。第170病日永眠された。

【考　察】本症例は意思決定支援の難しさを痛感し，患者のニーズを把握する方法を考え直すきっかけとなった。患者支援・緩和ケアチームで話し合うなかで一時帰宅できる機会はあったと思われるが，本人の希望は「家に帰りたい」であったにもかかわらず，実現しなかった。それは「家に帰りたい」という希望のなかに，点滴をつけた状態

では帰りたくない，自分のことは自分でしたい，妻に負担をかけたくない，妻には今後も社会とのつながりを保つために仕事は続けてほしい，などの思いが含まれていたからであり，何より「治って帰る」という思いが強かったことが要因と思われた。一時帰宅することが必ずしも正しいわけではないが，増悪と寛解を繰り返す「病みの軌跡」を状態の良い時から伝え，治癒に対する希望のみに偏らないような情報提供，関わりができていれば，また違った結果があったのかもしれない。

まとめ

人生の最期をどこで，どのように過ごしたいかを共に考える過程（ACP）は最期まで充実した人生を送るうえで重要な意味をなす。その過程において病気を抱えた患者が何に価値を置き，どう生きたいと考えているのかを明確にする必要がある。そのなかで患者，家族は最期まで体を動かすこと（トイレへ自分で行きたい，自分で起き上がりたいなど）を望まれることが多い。理学療法士は患者の希望に対し評価，管理のもと，また医師，看護師など多職種と連携を密にとりながら理学療法を実施することで，最期までその人らしく生きることを支援できる。

理学療法士は患者と信頼関係を築き，希望，リスク，運動機能を踏まえた判断，アプローチを行うことで個々の患者の身体的苦痛だけではなく，精神的苦痛，スピリチュアルな苦痛（喪失体験）への介入が求められる。

引用文献

1） 大石醒悟，本多　祐，竹原　歩，他：心臓リハビリテーションにおける緩和ケアとは―意思決定支援としての心臓リハビリテーション．心臓リハ **20**：313-318，2015
2） 日本循環器学会，他：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2008-2009 年度合同研究班報告）―循環器疾患における末期医療に関する提言．2010
3） 和泉　徹：キュアとケアの狭間で揺らぐ患者心理．心臓リハ　**21**：154-159，2016

参考文献

1） 高圓恵理：スタッフが知っておくべきこと―意思決定支援について．HEART nursing 春季増刊：209-212，2016
2） 横山広行：循環器疾患患者の末期医療．Heart 3（2）：16-21，2013

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために
D. ソーシャルワークからの視点
―生活者の視点と希望を叶えるための体制構築―

岡村紀宏
（西岡病院 医療ソーシャルワーカー/認定医療社会福祉士）

はじめに

緩和ケアにおいて医療ソーシャルワーカーは，患者とその家族などを対象に相談援助により，心理的・社会的問題の解決への支援を行うこと，地域で生活するための多職種連携をコーディネートすることをおもな役割としている。

厚生労働省健康局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号「医療ソーシャルワーカー業務指針」には，「病院などの保健医療の場において，社会福祉の立場から患者の抱える経済的，心理的・社会的問題の解決・調整を援助」と示されており，医療ソーシャルワーカーは，次のような業務を行うとされている。

1）療養中の心理的・社会的問題の解決
2）退院援助
3）社会復帰援助
4）受診・受療援助
5）経済的問題の解決・調整援助
6）地域活動

本稿では，心不全の緩和ケアの充実のために，医療ソーシャルワーカーの立場から，心理社会的支援，意思決定支援と地域連携の役割について述べる。

心理社会的支援と意思決定支援 ―アドバンス・ケア・プランニング

われわれ医療ソーシャルワーカーは，生活の場における療養の経過に沿って，生活の維持・充実のために，継続的な治療における不安，就労・就学支援，療養の場の選択，各種制度利用，家族間のことなどの心理社会的課題に対し，患者とその家族などとともに解決へのプロセスを相談し続けている。緩和ケアにおいては，家族は看取りや死別後の生活のことなども課題となる。これらは常に，患者本人の自己決定（意思決定）を軸に構成していく。

相談解決の柱となる意思決定は「いくつかの選択肢を選定しつつ，そのなかから最善の解を導く行為」とされており，緩和ケアに係る課題，問題解決のプロセスの 1 つであり，その意思決定の繰り返しでもある。

意思決定について，厚生労働省では高齢多死社会の進展に伴い，地域包括ケアシステムの構築に対応する必要があることや，英米諸国を中心として，アドバンス・ケア・プランニング（ACP：心身の状態の変化などに応じて，本人の意思は変化しうるものであり，医療・ケアの方針や，どのような生き方を望むかなどを，日頃から繰り返し話し合うこと）の概念を踏まえた研究・取り組みが普及していることを踏まえ，2018（平成 30）年 3 月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂が行われた。「医療」における決定プロセスから「医療・ケア」として「ケア」が追加され，介護を含めた幅広いガイドラインに改訂され，ACP の概念も追加された。以前は「高齢者」を中心としたガイドラインであったが，全世代，また高齢者，障がい者，緩和ケア領域も含めた解釈になった。

本ガイドラインにも記載されているが，緩和ケアの意思決定の場面は，方針や意向が変わらないことを確認することも含め，日々繰り返し行うことが必要である。本ガイドラインに ACP に関す

る記載が入ったことや，診療報酬制度の施設基準に記載されたこともあり，「ACP＝リビング・ウィル」と捉えられることも少なくない。しかしACPは，あくまでも患者とその家族などが今後の生活の希望などを話し合うプロセスのことで，医学的適応のことのみではない。「リビング・ウィル」において治療の選択をする際も，その治療を選んだ際の療養先での生活，医療・介護体制，経済的諸課題などを考慮し，検討するべき場面もある。また一度決めたら，「撤回」「変更」できないのではないかと思っている患者とその家族，医療・介護従事者も少なくない。話し合いを続けること，また話し合うことのできる関係性を築くことがあくまで重要ではないか。

またACP実践を行ううえで，多くの時間を要することがあるが，昨今の診療報酬改定や病床機能分化などの流れのなかで，在院日数などの制約もあり，意思決定や生活支援に十分な時間をつくれない状況もある。退院時にすべての意思決定やACPが完結していないにしても，どこまでの意思決定や合意形成ができているのか，病状説明の受け止め（可能であれば，医師がどのような言葉で説明をし，患者・家族が何と話していたのか，また病状説明後にどの程度理解したかの確認をするなど）や，リハビリテーションにおけるADLの拡大の可能性（退院後の生活場面に応じた具体的な食事/嚥下，入浴，排泄，移動などのADL評価）と，その説明内容などがつながれることが大切である。

2015（平成27）年度に北海道医療ソーシャルワーカー協会が実施した「退院時連絡率調査」では，退院時に医療機関から介護支援専門員（入院前から担当）に退院連絡が入った割合は，全体の約7割であった。入院前の介護支援専門員の介入により在宅生活において何らかの介護サービスを受けられるにもかかわらず，約3割の方に退院時に介護支援専門員に医療機関から退院連絡が入っていない実態が明らかになった。連携が寸断されている証拠である。

緩和ケアの充実のためには，医療機関における緩和ケアの実践を，療養の場において，患者とその家族などの同意を得て，誰にどのように引き継いでいくかを常に考えるべきである。カンファレンスは多職種が一堂に会し，緩和ケアの充実のために話し合いを行う重要な時間であるが，事前に話し合いの項目を整理し，特に重要な事項について時間をかけて話し合うべきである。そして，退院後は外来診療前に，介護支援専門員などから医療機関に療養先での様子やカンファレンスでの話し合いの内容などの連絡が入るような，連携の継続性の仕組みをつくることが重要である。

昨今，本人が病状などにより意思決定ができず，家族の支援が得られない場合など，また身寄りがいない人の入院および医療に係る意思決定に課題を抱えることも少なくない。厚生労働省は「身寄りのいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」にて，身寄りがいない人に加えて，たとえば，①家族や親類への連絡がつかない状況にある人，②家族の支援が得られない人も支援の対象になるとし，「身元保証・身元引受など」の機能・役割も整理された。いずれも説明できる家族などがいない場合は，本人への説明を試みたうえで，その旨をカルテに記載することで対応することとし，入院基本料などの算定もできるとされている（疑義解釈：平成19年4月20日厚生労働省保健局医療課事務連絡）。これらを参考にして対応すべきであるとともに，医療・ケアチームの活用，院内の緩和ケアチーム（委員会）の整備，第三者の専門家を交えた倫理委員会の活用とその記録についての体制整備も必要である。

緩和ケアの充実に向けての体制構築

本稿では代表的な例を4つ挙げたい。

1. 在宅医療の充実

まず療養生活を支える在宅医療の充実である。

心不全の緩和ケアにおいては，増悪と寛解を繰り返す病みの軌跡の特徴から，在宅医療の充実は大切であり，「訪問診療，往診，後方支援」の3つの体制整備が必要である。訪問診療，往診を行ううえでは，救急搬送への理解も必要である。救急搬送とACPの関係については，消防法，消防

組織法などに警察との連携が明記されており，救急要請することはどのようなことかの理解と緊急連絡先（在宅医や訪問看護師など）の把握とその連絡順番など，正しいアナウンスが必要である。そして，在宅医療を行ううえで，患者とその家族などはさまざまな不安と葛藤のなかにいる。療養継続のなかで，療養先の選択の決定が変わる可能性もある。在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟（病床）を有する医療機関などと後方支援，入院に関する協議や話し合いを行っておくことも必須である。後方支援体制が整備されていないがために緩和ケアが引き継がれない場合も少なくない。

2. 地域の連携促進活動

2011（平成 23）年度厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」を契機に，当地区（札幌市豊平区西岡・福住地区）では「とよひら・りんく」という協議会を設立し，在宅医療・介護の連携に関する諸課題を取り上げ，解決策を検討するなどしている（とよひら・りんく：http://www.toyohiralink.jp/）。

地域包括ケアシステムは，各地域の在宅医療・介護の連携に関する諸課題を，医療・介護従事者が地域住民と一緒になり解決策を 1 つひとつ議論していくことで構築されていくものであると考えている。このような地域での取り組みの継続と情報公開が必要であり，当協議会では，現在どのような課題の解決を図っているのかを明確にし，会議の開催のたびに NewsLetter を作成し情報公開を行っている。地域包括ケアシステムの活動は一部の医療・介護従事者の連携のためではなく，地域住民のための活動であり，連携課題の協議や解決などもそのような視点で行われるべきである。

3. 普及啓発

当地区では，地域住民の緩和ケアの充実と人生の最終段階における医療・介護への理解を目的に小冊子を作成し，地域講話などを行っている。（とよひら・りんく〈http://www.toyohiralink.jp/〉→「療養支援ページ」）

・「自分らしくいきるために～リビング・ウィル」
・「ご自宅でご家族を看取られる方へ」
・「病院でご家族を看取られる方へ」

4. 情報共有（電子カルテと ICT）

各医療機関で電子カルテの活用が増えてきている。当院では電子カルテに「ACP 記載欄」を設けて，院内多職種が ACP を記載し，時系列で確認できるようにしている。職種別のアセスメントの違いなどもあり，経過の確認やカンファレンスの際に活用ができている。

また，在宅医療・介護の連携において，情報通信技術（information and communication technology；ICT）の導入も必要に応じて進めていくべきである。多職種で共有すべき情報は職種や場面（平常時，緊急時，入院時，退院時），生活場面（在宅か介護施設かなど）や家族構成などで違いが出てくるうえ，入退院時や看取り期など刻々と状態や患者・家族の意向が変化するなかで，複数の医療・介護従事者が関わることとなり，その情報を瞬時に多職種で共有することも必要である。現在は地域医療介護総合確保基金などの財政支援制度があるなど，在宅医療・介護のサービスを地域で総合的に確保するため，医療・介護の実施事業を対象として財政支援を行うものもあり，体制整備に役立てるのも 1 つである。

おわりに

約 10 年前，ACP は QOL，地域包括ケアシステムは地域リハビリテーションとして捉えられていたと考えている。この 10 年で，治療後もその方の生活の質から生活・人生全般を見て支援をする「生活者の視点」が支援のなかで必要とされ，医療機関内や退院時の状況だけではなく，その後の生活を患者とその家族などとともに考えていく支援が求められ，医療ソーシャルワーカーへの役割期待と捉えている。

医療ソーシャルワーカーはその「生活者の視点」で，患者・家族とともに，生活支援を継続しつつ，昨今複雑化している各種諸制度のこと，在宅医療のこと，急性増悪時のこと，入院のこと，家族間のこと，多職種連携のことなど，療養に関わることを包括的に支援していく役割を担ってい

る。

今後も多職種での取り組みは必要であり，筆者もその一員として実践と研鑽を積極的に続けていくつもりである。

参考文献

1) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン．平成30年3月
2) 厚生労働省：身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン．令和元年6月
3) 岡村紀宏：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は生活支援ではないか〜医療ソーシャルワーカーとしてのACPへの向き合い方．医療ソーシャルワーク 67号
4) 岡村紀宏，五十嵐知文：医療の継続性と地域包括ケアのための連携の方法―地域での取り組み実践をふまえて．ソーシャルワーク研究 42（3），2016
5) 一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会：退院時連絡率調査．平成27年度
6) 札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」〔http://www.toyohiralink.jp/〕

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために
E. メンタルヘルスケアからの視点

庵地雄太
（国立循環器病研究センター 心臓血管内科部）

心不全緩和ケアにおける基本的メンタルヘルスケアと専門的メンタルヘルスケア

身体科外来に受診する患者の21～26%，総合病院に入院する患者の30～60%が精神疾患を合併しているという報告[1]が示すとおり，身体疾患臨床において精神疾患の併存は決して珍しいものではない。精神疾患を有するすべての患者について，身体科と精神科が協働できることが最も理想的なのであろうが，無論それは現実的ではない。緩和医療では基本的ケアと専門的ケアの2層構造で，限られたケアの資源を必要性に応じて機能的に分配する概念が広く用いられているが，これは心不全患者へのメンタルヘルスケアでも同様である。

本稿では，おもに心不全治療に携わるプライマリーケアスタッフを想定した基本的メンタルヘルスケアと，精神科や心療内科などの専門診療科に携わる専門職を想定した専門的メンタルヘルスケアに分け，特に臨床で必要とされる視点，考え方，知識について概説していく。

基本的メンタルヘルスケア（プライマリーケアスタッフに向けて）

1. プライマリーケアで対応できる精神症状であるかを見極める

わが国精神科医療において，精神疾患 / 精神障害の診断基準は米国精神医学会が発行する「Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders；DSM（精神障害の診断と統計マニュアル）」[2]が広く採用されている。このDSMに基づいて診断する場合，診断前に必ず考慮しなければならない「前提条件」がいくつかあるのだが，その代表的なものが「他の医学的疾患による精神疾患であるか」，「苦痛がある，または生活に支障が生じている」という2点である。この2点は，プライマリーケアの範囲として対応可能な精神症状であるかを判断する1つの目安となる。

1)「身体の不調」が原因となっていないかを再確認する

1つ目の「他の医学的疾患による精神症状」については，たとえば女性の月経に伴う気分や意欲の変動をイメージすると理解しやすい。これは月経前症候群と称され，内分泌機能に伴う精神症状に分類される。その他，甲状腺機能障害に伴う精神症状や副腎皮質ホルモン薬の服用に伴う副作用なども，「他の医学的疾患による精神症状」に含まれる。ほかには，末期心不全症例に多く併存する腎不全による尿毒症や，肝不全による肝性脳症などに起因する精神症状も臨床では多くみられる。

つまり，プライマリーケアスタッフが自ら担当する患者に精神症状を認めた際は，まず「他の医学的疾患」を再確認することが重要である。意欲低下，食思不振，せん妄，注意力低下など患者に精神症状が現れた時には，まずは落ち着いて現病歴の再確認と全身状態のアセスメントを行い，精神症状の原因となりうる身体疾患や薬物の副作用がないか検討する。そして，もし原因が特定され治療やケアによる改善が可能である場合には，その適切な対処が結果としてメンタルヘルスケアへとつながるのである。特に，持続点滴や補助循環などを使用している易感染の重症心不全症例については，感染症が遠因となるせん妄の発症が致命症になる場合があるため，十分な予防と早期発見

が肝要である。なお実際には，このような身体疾患に起因する精神症状のアセスメントと対応については，メンタルヘルスケアの専門職が身体科の主治医やかかりつけ医，看護師などの経験豊富なプライマリーケアスタッフから教わることも少なくない。

2)「苦痛，生活への支障の程度」や「対応のニード」を患者に確認する

次に「苦痛，生活への支障」の程度を見極めることは，精神症状や心理社会的問題へ対処する際の基本的な視点の１つである。最新の報告では，日本人虚血性心疾患症例の5.6％に抑うつ症状が併存するとされており[3]，そのため以前よりわが国の心不全や心臓リハビリテーションに関するガイドライン[4,5]では抑うつの適切なスクリーニングと対応が推奨されている。それらガイドラインにも明記されていることもあり，心血管疾患領域で最も有名なうつのスクリーニング方法はおそらく PHQ-9（Patient Health Questionnaire 9 item）であろう。アメリカ心臓協会（American Heart Association；AHA）の Science Advisory[6]で報告されて以降，臨床で広く用いられている PHQ-9 だが，このスクリーニング方法の核心部分が「生活の困難度」であることは，残念ながらあまり知られていない。

PHQ-9 は９つの症状を４段階の頻度で判定し，得点化することで重症度を判定する。だが仮に PHQ-9 の結果が高得点である場合でも，患者自身はさほど症状で困っておらず，生活への支障は少ないと考えていることがある。このような判定結果は，最終的には擬陽性と判断されることが珍しくない。このような誤判定を防ぐために設けられている項目が「生活の困難度」である。これは，PHQ-9 特有の問題ではなく，質問紙によるアセスメントに共通するデメリットとリスクである。精神疾患 / 精神障害の診断に伴う前提条件（身体の不調，苦痛と生活への支障など）と，この質問紙によるアセスメントの特性（デメリットとリスクの側面）を把握していない場合，他覚的な精神症状と質問紙の得点によりすぎることで，結果として誤った判断へとつながる恐れがある。また，質問紙へ回答するということは，すなわち患者が自身の精神症状と直面化することになるため，実施に伴う精神心理的侵襲度を必ず考慮しなければならない。これらのことを，アセスメントを実施する医療者は十分に理解しておく必要がある。

そのため，もしプライマリーケアスタッフが自身の担当患者に他覚的な精神症状を認めた場合，急ぎ定量的なスクリーニングや症状評価を実施する前に，まずは落ち着いて患者とコミュニケーションを図ってほしい。具体的には，プライマリーケアスタッフが捉えた他覚的な精神症状について，「○○さん、最近少し落ち込んでいるように見えるけど，何かありましたか？」などのように心の状態を案じていることとあわせて患者へ伝える。そこから患者自身の認識と苦痛の程度，精神症状による生活への影響，症状軽減のニーズを丁寧に確認したうえで，初めて定量的なスクリーニングの実施や症状に応じた対応策について患者とともに検討する。なお，他覚症状を認めるものの患者自身の対応ニードが高くない場合，無用に深追いせず，通常のケアを継続しながら精神症状の観察も続ける。そして，症状の悪化や生活への支障が増した際，改めて患者と受診の相談や加療の推奨ができるような信頼関係を維持発展させることが望ましい。

2. メンタルヘルスケアの専門職とつながる / つなげる

前記を踏まえ，プライマリーケアの現場では対応が難しく，かつ患者自身が治療や症状改善を求めている場合には，適切な専門医療機関や専門職へコンサルテーションする必要がある。これは，医学モデルにおける精神疾患 / 精神障害に加え，背景が複雑な心理社会的苦痛 / 苦悩も専門診療科へのコンサルテーション対象となる。では，誰に，いつ，どのようにコンサルテーションすればよいのか。その前提として「コンサルテーションは相互の信頼関係のうえに成り立つ」ことを共通認識として再確認し，望ましい連携について具体例を交えながら概説する。

1）誰に：信頼できるメンタルヘルスケアの専門職とのつながりをもつ

身体疾患に併存する精神疾患 / 精神障害への治

表 1　日本総合病院精神医学会による全国調査結果

	全　体	大学病院	総合病院
総病院数	247	84	163
総病床数	151,079	67,333	83,746
総病床数（平均）	603.3	818.8	509.7
精神病床数	17,381	3,705	13,676
精神病床数（平均）	71.8	45.2	84.2
精神科常勤医師総人数	1,946	1,322	624
精神保健指定医総人数	1,073	690	383
1施設あたりの精神科医師数	7.5	15.7	3.8
1施設あたりの精神保健指定医数	4.1	8.3	2.3
精神科病床数 / 精神科常勤医師	19.8	3.2	26.5
精神科病床数 / 精神保健指定医数	31.9	6.2	43.0

（文献 7 より引用）

表 2　有床の総合病院精神科数

	病院数	精神科常勤医師数	精神科常勤医師数（平均）	精神保健指定医師数	精神保健指定医師数（平均）	総病床数	一般病床数	精神病床数	精神科病床数 / 精神科常勤医師	精神科病床数 / 精神保健指定医数
北海道	22	68	3.1	40	1.8	473.4	341.4	87.1	31.5	52.3
東北	27	67	2.5	45	1.7	470.9	360.1	95.2	48.9	64.2
関東	36	180	4.9	114	3.1	551	451.3	58.7	11.1	20.7
中部	20	74	3.7	42	2.1	463.1	376.3	87.9	31	50.7
北陸	13	46	3.5	37	2.8	491.5	394	87.6	24.5	32.4
近畿	14	75	5.4	43	3.1	651.8	461.9	146.1	24.6	44.8
中国	10	30	3	21	2.1	539.1	459.2	61.4	22.2	40
四国	7	39	4.9	20	2.5	389.3	296.9	68.8	19.9	29.8
九州沖縄	14	45	3.2	21	1.5	557.3	470.4	65	24.3	52.2
総合病院平均	18		3.8		2.3	509.7	401.3	84.2	26.5	43

（文献 7 より引用）

療や対応について中心的な役割を担う「リエゾン精神医学」という専門領域がある。これを専門領域とする精神科医は，その需要に対する絶対数が圧倒的に不足しているため（**表 1〜3**）[7]，心不全臨床においても大変貴重な存在であり，そしてきわめて多忙である。その希少性と多忙を補完するため，現在，身体疾患に併存する精神疾患 / 精神障害はおもに「精神科リエゾンチーム」と呼ばれる多職種チームが，各職種で役割や業務を分担しながら対応することが基本形態となっている。精神科リエゾンチームによる医療活動は診療報酬加算が定められており，そのため施設基準として精神科医，看護師，薬剤師や心理師などを専従配置しなければならない。精神科リエゾンチームの介入は，医師間の紹介受診形式のほか，専従の看護師，またはパラメディカルスタッフが相談窓口機能を担っていることもある。このように種々のルートから受けた依頼や相談に対し，精神科リエゾンチームは精神科医を中心に患者の状態に適した職種やアプローチを検討し，個別性に応じた柔

表3　精神科医の不足推計

	精神科常勤医師数	常勤精神科医必要医師数[*1]	不足数	精神保健指定医師数	精神保健指定医師必要医師数[*2]	不足数
北海道	68	110	− 42	40	66	− 26
東北	67	135	− 68	45	81	− 36
関東	180	180	± 0	114	108	＋ 6
中部	74	100	− 26	42	60	− 18
北陸	46	65	− 19	37	39	− 2
近畿	75	70	＋ 5	43	42	＋ 1
中国	30	50	− 20	21	30	− 9
四国	39	35	＋ 4	20	21	− 1
九州沖縄	45	70	− 25	21	42	− 21
総合病院合計	624	815	−191	383	489	−106

[*1] 常勤精神科医師数を1病院あたり5人とした時の必要医師数
[*2] 精神保健指定医師数を1病院あたり3人とした時の必要医師数

（文献7より引用）

軟なケアを提供していく。

では，このような質の高い精神科リエゾンチームや各専門職とつながりをもつためには，具体的に何から始めればよいのか。それは「関連する学術集会に参加すること」が最も確実で有効であると筆者は考えている。当然のことだが，学術集会は日頃の診療について報告し，広く議論する場である。とかく精神科医療は症例の個別性や秘匿性が高く標準化しにくい特性があるが，一方でEBMの根幹である「客観性や再現性を高める」という観点から，診療内容やアプローチについて広く議論することもまた重要である。この相反する課題の間で最善のバランスを模索することが今日の精神科医療に携わる者に求められる姿勢であり，その実践の場として大きな意味と意義をもつのが学術集会である。

メンタルヘルスケアの現場では，患者と医療者との「人としての相性」も治療上重要視されるが，これはプライマリーケアスタッフとメンタルヘルスケア専門職との相性も同様であろう。つまり，プライマリーケアスタッフには学術集会への参加を通して，自施設の近隣施設から発表や参加をしている精神科リエゾンチームや各専門職を探し，責任感や診療姿勢，相互に信頼関係を構築できるか，などの相性を実際に確かめることから始めることをお勧めする。

2）いつ：迷ったら相談する

明らかな興奮や混乱を呈している場合を除き，精神症状や心理社会的苦痛の重症度や緊急性の判断は容易ではない。特に身体疾患領域では治療の前提ともなる「原因」の探索は，精神科領域では高度な専門技術と十分な時間が必要となる場合が多く，症状マネジメントとの両立を図りながら適切に進めなければならない。よって，精神症状のアセスメントやマネジメントに関する知識と熟達が不十分な場合やメンタルヘルスケア専門職との連携実績が浅い場合には，「対応に迷った時には，まず相談」と考えるのが最も安全であろう。その後，徐々に関連する知識や技術を蓄積し，また専門職へのコンサルテーション実績を積み重ねることで，望ましいタイミングを模索していくことが肝要である。

3）どのように：お互いに望ましいコンサルテーションの枠組みをつくる

では，メンタルヘルスケアの専門職との接点が生まれ，相互に望ましいタイミングで相談できるような連携を構築するためには，どのような準備と取り組みが必要なのか。その1つの例として，大阪の「一般医－精神科医ネットワーク（以下，G-Pネット）」の取り組み[8]を紹介する。大阪G-Pネットでは，次の4点に重点を置いて良好な連携構築を実現した[8]。

表 4　精神科医へ紹介したほうが良い場合（臨床的適応）

1）うつ病の重症度
　拒食，強度の不眠，強度の精神運動抑制，精神運動興奮

2）自殺の危険性
　自殺企図の既往，自殺をほのめかす発言，素振りなど

3）病識の欠如
　心気，貧困，罪業念慮が妄想レベル，服薬など拒否

4）特殊な臨床像
　疎通性が確立できない，広範で奇妙な妄想が疑われる，考えが分かる，もしくは，考えが伝わってしまう，などといった症状

5）頻回のうつ病相の既往

6）躁状態の既往

7）治療抵抗性が予測される症例
　①病前の適応状態が悪い場合
　②非定型の特徴を示す場合

8）治療反応が不良
　①治療開始し 1 カ月経っても改善傾向がみられない場合，あるいは，症状がかえって増悪した場合
　②予想以上の副作用が出現し，患者が治療への不安を増大させた場合
　③わずかずつ改善していたとしても，3 カ月を経過してなお，自己評価，他覚評価のいずれかが，病前レベルとかなり差がある場合など

（文献 8 より引用）

表 5　精神科医へ紹介したほうが良い場合（非臨床的適応））

1）治療スタッフ
　①患者に関わるスタッフすべてが十分なうつ病への認識，治療原則を心得ていない場合
　②治療スタッフのなかにうつ病患者を扱うことへの抵抗や不安がある場合

2）主治医と患者家族との関係
　①患者家族の理解，納得が得られない場合
　②家族が治療に対して不安，不信感をもっていると思われる場合

3）患者背景
　①患者が 1 人暮らしで，家族などの援助が受けられない場合
　②家族内での関係不良や葛藤の存在が疑われ，精神的援助が得られにくいと思われる場合

（文献 8 より引用）

a）「顔の見える関係」の構築

なんといっても一般科医と精神科医とが顔見知りとなり，顔の見える関係になったことがこのネットワークの最大の意義であったと考える．お互いが顔の見える関係になると心理的距離が近づき，本音での会話が可能となる．そのことから一般科医の精神科医，あるいは精神科医療への不安や疑念が非常に軽減し，信頼関係の構築につながる。

b）お互いの状況・事情などの相互理解

顔の見える関係となり本音での会話ができるようになることから，それぞれの立場の状況や事情，さらに困難な点などを知るところとなり，相互の理解が深まる。

c）知識や情報の共有化

精神科医療はまだまだ一般科医にはなじみの薄いものであり，特に薬物療法に関しては理解しがたいところが多々あるようである．一般科医が精神科医療に関して正しい認識をもつことは，患者を精神科医に紹介する際の説明，あるいは説得において非常に重要である．正確な認識をもとに患者に説明をすることで，患者の精神科医療に対する不安がいたずらに増すこともなく，精神科での治療がスムーズに導入される。

d）「チーム」医療の認識と成熟化

連携関係が単なるバトンタッチではなく「協働作業」であることについて，お互いが認識を新たにすることから，有効な本来の連携関係，すなわち，それぞれがチームの一員として自分の役割と責任範囲を考えながら患者に対応することが可能となり，患者の治療がスムーズに進むことにつながる。

大阪 G-P ネットはこの取り組みを通じて一般

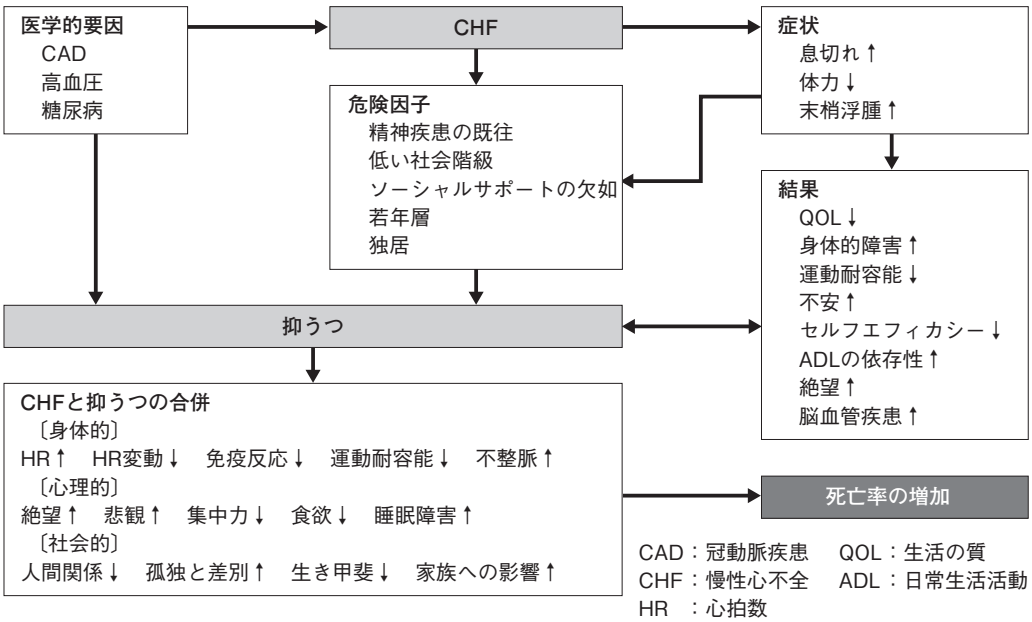


図1　心不全と抑うつが合併した際の死亡率への相乗効果（文献10より引用）

科医と精神科医が議論を尽くし，**表4,5**[8]のようなコンサルテーションの目安や基準を作成するに至った。これは良好なコンサルテーション関係を構築できた一例ではあるが，大阪G-Pネットが良好な連携構築のために重要視している4つのポイントは，地域や施設ごとの特性によらず汎用性が高いものである。

専門的メンタルヘルスケア（メンタルヘルスケアの専門職に向けて）

1. 心不全に併存する抑うつや不安への対応

2018年のレビュー論文によると，心不全患者における不安発症率は24.9%，抑うつ発症率は29.3%と報告とされている[9]が，心不全に合併する抑うつは死亡率上昇へのリスクとなることが報告されている（**図1**）[10]ため，心不全治療には心理的問題への対応も含めた集学的治療が推奨されている（**図2**）[11]。なお，この集学的治療については，わが国では心臓リハビリテーションにおける包括的疾病管理プログラムが該当するものと思われる。

2. 緩和医療におけるメンタルヘルスの段階的ケアモデル

2009年，英国の国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence；NICE）が発表した大人の抑うつに関するガイドライン[12]のなかで「段階的治療（stepped care）」という考え方を示した。これは，抑うつの重症度に応じてアプローチを階層化した治療構造だが，緩和医療におけるメンタルヘルスケアの階層的なケアモデルが**表6**[13]である。これはがん緩和領域で実践されている段階的ケアモデルだが，心不全緩和領域でも十分応用可能なモデルであると筆者は考える。心不全領域では，レベル1と2をプライマリーケアスタッフ，レベル3と4を心不全緩和ケアチームや精神科リエゾンチームがそれぞれ中心的な役割を担うイメージであろう。ここで特に重要な点は，すべての医療者が共有すべきレベル1の「思いやり」である。

思いやり（compassion）をもち，多職種と協働して患者のケアにあたる，というのは，われわれには当たり前のように感じる。しかし，これが緩和ケアの質を決定する主要な要素であり（**図3**），ケアに携わる医療者として軽視してはならない姿勢であることが報告されている[14]。こ

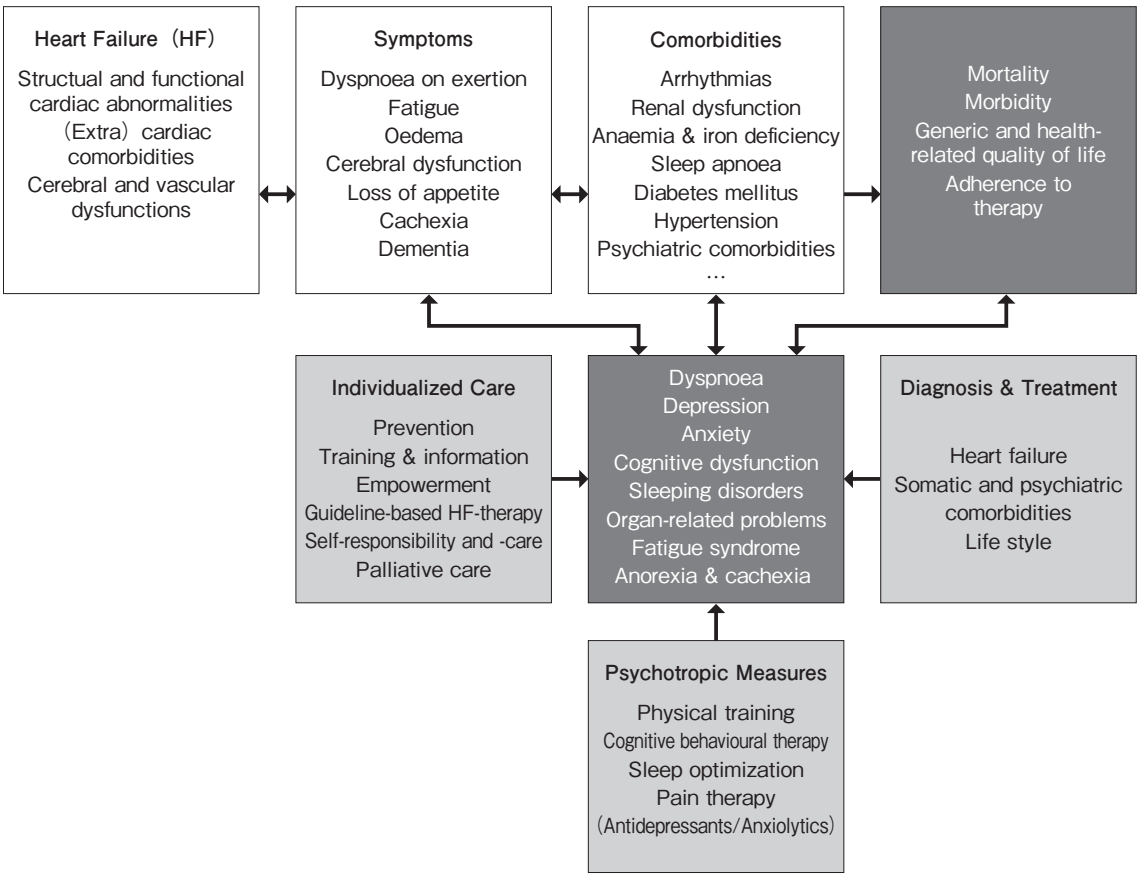


図 2　心不全の集学的治療モデル（文献 11 より引用）

の報告はカナダと米国の研究者より発表されたものだが，これらが当たり前に感じるわれわれ日本の医療者は，自らのケアが欧米に先んじていることを誇りに感じつつ，自己効力感自覚することや自己効力感を高めることも良いアウトカムを導くために必要であると考える。

スピリチュアルペインへの対応

末期心不全患者のスピリチュアルペインについて，介入が奏功したとの報告は未だ圧倒的に不足している。しかし，心不全患者のボリュームゾーンが高齢男性であること，**図 1** にも示されているとおり孤立や孤独感という社会的な苦痛が身近に存在することから，これらに端を発する存在意義や生きる意味に関する苦痛（スピリチュアルペイン）に対峙することは，心不全臨床では決して珍しくない。今日，スピリチュアルペインに対するさまざまなケアが実践されているものの，未だ各アプローチの効果や安全性の検証が十分でないことから「どのように対応すればよいのか」という疑問には明確に答えることができない。よって，現時点では患者の家族が「看護師のどのような対応を評価しているか」という例を**図 4** と**表 7** に示す[15]。この対応例は，臨床の実情にきわめて近く，患者家族からのフィードバックを受けている点では最低限の検証を経ていると考えられるため，これらが今後，ハイレベルな介入研究につながることを期待する。

課題と展望

今，緩和ケアにおけるメンタルヘルスケアは大きな転機を迎えている。その最も大きな要因は，心理職の国家資格である「公認心理師（Certified Public Psychologist；CPP）」の誕生と参画であろ

表6　緩和医療におけるメンタルヘルスの段階的ケアモデル

レベル 医療者の分類	評　価	介　入
1 すべての医療者	患者や家族の心理的苦痛を評価し，必要に応じて精神医療の専門家に紹介する。また，精神医療の専門家に紹介するための基準をつくり，迅速に紹介できるようにしておく。	以下のコミュニケーションを実施する。がんによる影響について正直に，思いやりをもって伝える。また，患者，家族に対して思いやり，尊厳，尊敬の念をもって接し，サポーティブな関係を構築，維持する。また，患者，家族が利用できる精神保健福祉サービスに関する情報を提供する。レベル1の介入が適切に行われれば，レベル2以上の介入を必要とするような心理的苦痛を予防することも可能である。
2 心理的知識を有する医療者（がん専門看護師，ソーシャルワーカー）	診断時，治療中，治療終了時，再発時といった，がんの経過において重要な局面で心理的苦痛のスクリーニングを行う。その際，病気が日常生活，気分，家族関係，仕事に及ぼす影響についても評価する。スクリーニングの際には，判断することなく積極的に傾聴し，心配や感情を引き出す。より深刻な苦痛を有する患者は心理的介入の専門家へ紹介する。	患者の置かれたつらい状況に対処するために，問題解決療法などの心理療法を含む。
3 訓練と認定を受けた専門家（心理士）	心理的苦痛の重症度（中等度～重症）を鑑別し，重篤な場合には精神科医に紹介する。	不安マネジメントや解決志向アプローチのような心理療法を行う。軽症から中等度の不安，抑うつ，怒りといった心理的苦痛を扱う。がんに伴う治療，対人関係，医療者との関係，実存に関する問題に対しても適切に対応する。
4 精神保健専門家（精神科医，心理士）	重症の気分障害，パーソナリティ障害，薬物乱用，精神病性障害を含む，複雑な精神的問題を評価する。	抑うつ・不安，器質的脳障害，重篤な個人内の問題，アルコール・薬物関連の問題，パーソナリティ障害，精神病性障害を含む中等度から重症の精神疾患に対して心理学的・精神科的介入を行う。

（文献13より引用）

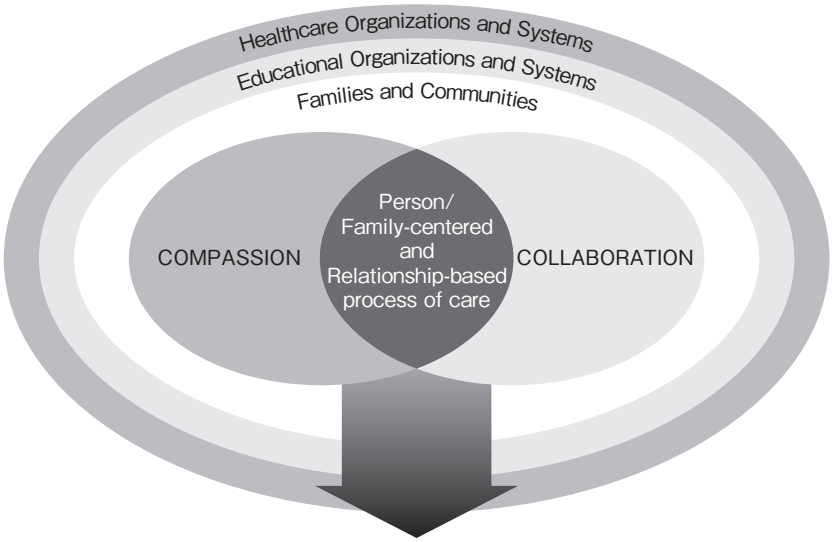
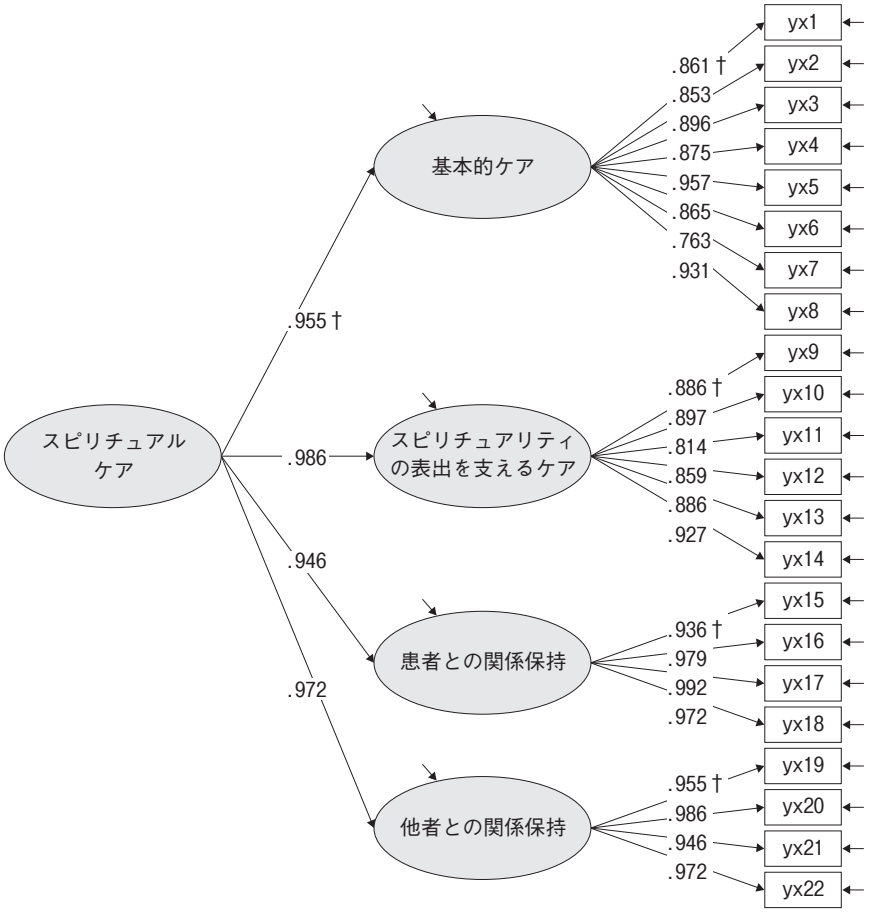


図3　緩和ケアの質を決定づける「思いやりと協働」



n＝71，RMSEA=0.035，CFI＝0.996，*x* 2＝222.951，df＝205
推定法WLSMV
モデル識別のために制約を加えたパスには †（短剣符）を付した

図 4　スピリチュアルケアの確認的因子分析（文献 15 より引用）

う。がん緩和ケアチームには以前より心理職の参画が進んでいるが，今後，心不全緩和ケアチームにも同様の動きが生じるかは未知数である。その理由はいくつか考えられるが，その 1 つが公認心理師の卒後教育にある。**図 5** は精神科医と心理士，それぞれに期待する役割や業務を示したものだが[16]，このように比較すると両者の違いが理解しやすい。特に心理士に期待することの中核は「患者への介入」であることが示されているが，公認心理師が心不全患者へ介入するうえで最大の障壁となるのが，心血管疾患に関する知識の不足である。現在，心理職の養成課程のなかで心血管疾患について学ぶ機会がきわめて少なく，今日第一線で活躍する心理職の多くは，自らの努力と周囲の協力でその知識を深めているのが現状である。そのため，心不全緩和ケアへの心理職の参画を進めるためには，まず卒後教育の充実が喫緊の課題となっており，これを整備するのは筆者を含む現任者や大学教員の責務であると考える。

未だ，心不全緩和医療におけるメンタルヘルスケアは質，量ともに十分とは言いがたい。質・量ともに向上させるためには，まず公認心理師の卒後教育の機会を増やし，心不全緩和ケアからの期待に応えることができる人材を増やさなければならない。次に，介入実績とエビデンスを蓄積し，医療の質向上と医療経済の両面から存在意義を確立する必要がある。そして長期的には，心理社会的モデルの専門職として，プライマリーケアスタッフや緩和ケアチーム、精神科リエゾンチームと積極的に連携協働しながら職能を十二分に発揮

表7　スピリチュアルケアの回答分布　　単位：人（%）

	その通りでない		その通り	
基本的ケア				
** x1. 看護師は，配偶者（患者・利用者）のケアを，いつも丁寧に行ってくれる。	5	(7.0)	66	(93.0)
** x2. 看護師は，配偶者（患者・利用者）なりの，やり方や習慣を尊重してくれる。	7	(9.9)	64	(90.1)
** x3. 看護師は，私の生活に無理のない，配偶者（患者・利用者）とのかかわりを考えてくれる。	8	(11.3)	63	(88.7)
x4. 看護師は，配偶者（患者・利用者）に対して，私が行えることを教えてくれる。	15	(21.1)	56	(78.9)
x5. 看護師は，私に配偶者（患者・利用者）の体調について，わかりやすく説明してくれる。	16	(22.5)	55	(77.5)
x6. 看護師は，看護や介護・かかわりに対する，私なりのやり方や習慣を尊重してくれる。	12	(16.9)	59	(83.1)
x7. 看護師は，私の体調を気にしてくれる。	16	(22.5)	55	(77.5)
x8. 看護師は，私の事をねぎらってくれる。	13	(18.3)	58	(81.7)
スピリチュアリティの表出を支えるケア				
* x9. 看護師は，配偶者（患者・利用者）の寿命をどのようにまっとうするか，あるいはまっとうしたいかについて，私や配偶者（患者・利用者）の話を聴いてくれる。	23	(32.4)	48	(67.6)
** x10. 看護師は，配偶者（患者・利用者）の体調が悪化した時のこと（看取りも含む）も考えてかかわってくれる。	8	(11.3)	63	(88.7)
x11. 看護師には，配偶者（患者・利用者）の心の声を聴こうとする態度や行動がみられる。	14	(19.7)	57	(80.3)
x12. 看護師は，配偶者（患者・利用者）の話をしっかりと聴いてくれる（話ができない場合は，気持ちをくみとろうと丁寧にかかわってくれる）。	15	(21.1)	56	(78.9)
* x13. 看護師は，配偶者（患者・利用者）が生きがいや生きる意味を見出せるようなかかわりをしてくれる。	24	(33.8)	47	(66.2)
* x14. 看護師は，配偶者（患者・利用者）が楽しみになるようなことを見出し，かなえようとしてくれる。	23	(32.4)	48	(67.6)
患者との関係保持				
x15. 看護師は，私と配偶者（患者・利用者）が穏やかに過ごせる時間をつくってくれる。	14	(19.7)	57	(80.3)
* x16. 看護師は，配偶者（患者・利用者）の思いを代弁して，私に伝えてくれる。	23	(32.4)	48	(67.6)
x17. 看護師は，私の希望を前向きに考え，何とかしようとしてくれる。	17	(23.9)	54	(76.1)
** x18. 看護師は，私と配偶者（患者・利用者）との良い関係を保とうとしてくれる。	11	(15.5)	60	(84.5)
他者との関係保持				
* x19. 看護師は，私の思いを他の家族に伝えてくれる。	27	(38.0)	44	(62.0)
x20. 看護師は，私と他の家族との，良い関係を保とうとしてくれる。	20	(28.2)	51	(71.8)
x21. 看護師は，私の思いを他の専門家（医師や相談員，ケアマネージャなど）に伝えてくれる。	21	(29.6)	50	(70.4)
x22. 看護師は，私と他の専門家（医師や相談員，ケアマネージャなど）との間で，考えや思いのずれがあった時，ずれが修正されるようにしてくれる。	21	(29.6)	50	(70.4)

**：「その通り」との回答が多かった上位5項目，*：「その通りでない」の回答が多かった上位5項目
（文献15より引用）

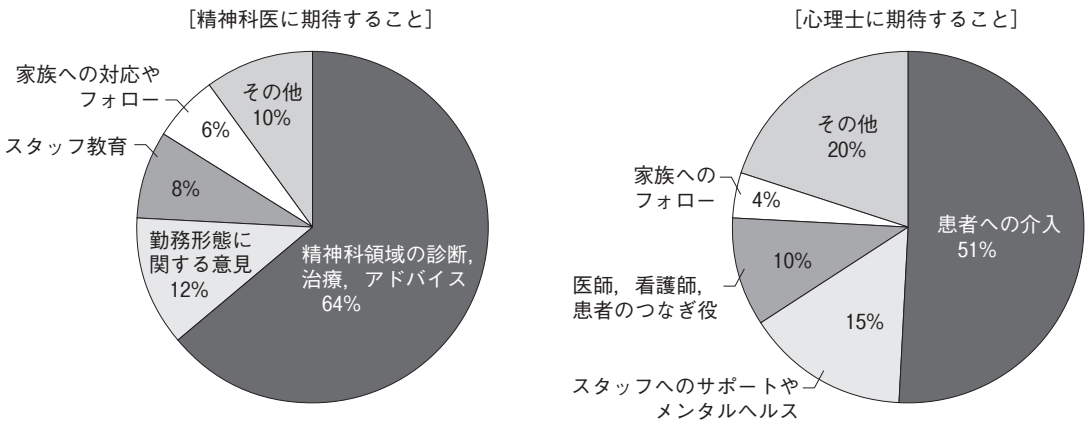


図 5　精神科医と心理士にそれぞれ期待すること（文献 16 より引用）

することが，患者への「compassion」につながるのではないかと考えている。

文献

1）岸　泰宏：身体疾患現場での共同治療・ケース・マネジメント．Jpn J Gen Hosp Psychiatry **26**（4）：368–373, 2014
2）日本精神神経学会 監，高橋三郎，大野　裕，染矢俊幸 訳：DSM–5 精神疾患の診断・統計マニュアル．pp.20–23, 医学書院，2014
3）Suzuki T, Shiga T, Omori H, et al：Depression and Outcomes in Japanese Outpatients With Cardiovascular Disease – A Prospective Observational Study. Circ J **80**（14）：2482–2488, 2016
4）日本循環器学会，他：日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン―急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版），p.108, 2018
5）日本循環器学会，他：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011 年度合同研究班報告）―心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012 年改訂版），pp.103–104, 2015
6）Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al：Depression and coronary heart disease：recommendations for screening, referral, and treatment：a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research：endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation **118**：1768–1775, 2008
7）藤原修一郎：総合病院精神科再生の処方は可能か．精神経誌 110（11）：1082–1089, 2009
8）渡辺洋一郎：うつ病診療におけるかかりつけ医と精神科医の連携　うつ病診療におけるかかりつけ医と精神科医の連携　総論　大阪における G–P ネット構築の経験を踏まえて Depression Journal **3**（1）：29–31, 2015
9）石原俊一：心不全患者の心理的問題とその動向．心臓リハビリテーション **24**（3）82–85, 2018
10）石原俊一：心疾患患者における抑うつに対する耐理的介入とその効果．心臓リハビリテーション 21（1・2・4）：21–25, 2016
11）Angermann CE, Ertl G：Depression, Anxiety, and Cognitive Impairment：Comorbid Mental Health Disorders in Heart Failure. Curr Heart Fail Rep **15**（6）：398–410, 2018
12）National Institute for Health and Care Excellence Web site.〔https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1–guidance〕（2020.1.29 アクセス）
13）筒井順子，小林清香，山内典子，他：コンサルテーション・リエゾン精神医療における心理的介入―段階的ケア・モデル導入の可能性．Jpn J Gen Hosp Psychiatry **27**（2）：131–138, 2016
14）Pfaff K, Markaki A：Compassionate collaborative care：an integrative review of quality indicators in end–of–life care. BMC Palliat Care **16**：65, 2017
15）實金栄，井上かおり，小薮智子，他：高齢入院患者の家族が評価するスピリチュアルケア評価の構成概念妥当性の検討 岡山県立大学保健福祉学部紀要　**24**（1）：33–40, 2017
16）國芳浩平，時川ちづる，武井優佳，他：精神科医が常勤でない総合病院でのコンサルテーション・リエゾン活動と心理士の重要性．Jpn J Gen Hosp Psychiatry **27**（1）：36–43, 2015

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

A. 病院診療

1）国立循環器病研究センター（大阪府吹田市）

平山敦士　濱谷康弘　泉　知里
（国立循環器病研究センター 心臓血管内科）

はじめに

国立循環器病センター（当院）では，2013 年 9 月から緩和ケアチームを発足し，立ち上げから 6 年間で約 380 症例に介入を行い，以後も精力的に心不全入院患者の診療支援を継続している。心不全緩和ケアにおける当院の特徴として，心不全緩和ケア診療加算が可能な患者以外にも，たとえば初回の急性心不全で重症化した症例なども支援要請に応じている。診療支援の主たる内訳としては，身体症状緩和が 30%，精神症状介入が 50%，意思決定支援が 20％程度あり，近年ではアドバンスト・ケア・プランニング（ACP）の重要性が広く認識されてきた背景を受けて意思決定支援に関する介入が増加傾向にある。

本稿では当院緩和ケアチームの診療・研究・教育に関する現場での工夫について概説する。

緩和ケアチームの構成

当院緩和ケアチームは，医師，看護師，薬剤師，公認心理師，管理栄養士，理学療法士，ソーシャルワーカーの多職種から構成されており，現在総勢 20 名のチームで活動をしている。なお，医師の構成としては緩和ケア専従の医師はおらず，心臓血管内科の中で弁膜症・心筋症などの心不全治療を専門とする心不全科のスタッフ医師を中心に，有志の若手医師が自分の所属診療科の診療と並行して参加するほか，精神科医師が 1 名所属している。心不全科医師が緩和ケアチーム全体のリーダーとなり，各症例で必要とされる各プロフェッショナルが専門性・リーダーシップを発揮し，後述する全体回診や日々のコミュニケーションで横断的に密な連携をとっている。

対象患者抽出・選定における工夫

緩和ケアチームによる介入の対象やその時期に関しては明確な基準はない。当院現時点での対応策としては，幅広い情報収集で現場のニーズを吸い上げ，多職種での介入により患者に利益が得られるかどうかを軸に介入時期を判断している。具体的には緩和ケアチームに参加している若手医師が各診療科における主治医視点で抱えるニーズを抽出し，診療科横断的に患者に関わることが可能な精神科医師・緩和ケアチーム看護師・公認心理師が病棟視点で抱えるニーズを抽出する。すべての相談症例に関しては全体回診のタイミングで主治医チームに症例提示を依頼し，主治医を含むチーム全体で症例のゴールを設定・共有し介入開始の合意形成を行うこととしている。

緩和ケアチーム介入の実際と工夫

当院では，以下のサイクルによって緩和ケア介入の質とタイミングを確保している。介入を行うと決定した症例には，その時点でプライマリ医師・看護師を割り当て，その症例を担当する最小単位のチームとしてニーズを抽出し，各プロフェッショナルに応援を要請する。週に 1 度，チーム全員で現在介入している患者を網羅的にレビューする全体回診を実施している。全症例チー

ムでベッドサイドに伺い，患者の現在のバイタルサインを含めた臨床所見に加え，表情や訴えを共有し，その後カンファレンスルームにて現在の問題点と先の1週間での支援方針を協議し合意形成する。

全体回診で協議された事項は一定の様式でカルテに記録し，主治医チーム・病棟担当看護師への伝達はプライマリ医師・看護師が行う。さらに週の半ばに心臓血管内科医師・精神科医師・緩和ケア看護師・公認心理師の小チームで再度全患者をレビューし，至急対応が必要な案件に対応するほか，直接患者を担当する病棟看護師への支援を実施している。

病院スタッフへの教育・啓発活動

適切なタイミングでの患者介入および有効な支援提供には，緩和ケアチームの成熟と同等もしくはそれ以上に病院全体としてのリテラシー向上が重要と考え，教育活動を重視している。具体的な活動のひとつとして緩和的鎮痛薬（塩酸モルヒネ）および緩和的鎮静薬（ミダゾラム・デクスメデトミジン）の使用案を作成し，周知したことが挙げられる。当院ではがん診療を実施していないため，十分に緩和ケアの経験を有する医療スタッフがおらず，上記薬剤の使用に逡巡し，タイミングを逸することもあった。同使用案の整備周知により適切な薬剤導入が増え，またその効果を検証するために看護師によるモニタリングの手順も整備され，後述する研究活動にも応用できた。

心不全緩和ケアの臨床研究

当院緩和ケアチームでは，ナショナルセンターとしての当院の立ち位置・使命を鑑みて，まだエビデンスが十分でない心不全緩和ケア領域にエビデンスの構築で貢献すべく研究活動にも力を入れている。これまでに心不全緩和ケア介入患者における緩和的鎮静およびモルヒネの使用実態における記述疫学や，ACP支援ツールの作成とその使用結果を学術誌に報告してきた[1,2,3]。今後さらに診療実績が蓄積されることで，わが国の心不全緩和ケアの質向上に資する，さらなるエビデンスが提供できるものと期待される。

今後の課題と展望

われわれは6年以上にわたる経験を経て，チームの立ち位置を明確化するフェーズであると認識している。今後，整理されるべき点としては，①循環器医師が通常診療として行うべきことと緩和ケアチームに支援要請することの線引き，②アウトカムに基づいた緩和ケアチーム介入のタイミングの定義，である。これらは各医療施設の状況に応じて変容しうるが，今後，医療施設間で比較検討する際の有用な材料となれるよう，当院のモデルを言語化し提案していきたい。また，将来的にはがん領域の緩和ケア同様，外来患者に対しての支援拡充が必要となる可能性が高く[4]人的資源も含めわが国の医療資源の状況に即した適切な診療体制の整備に引き続き貢献していきたいと考える。

文献

1) Hamatani Y, Nakai E, Izumi C, et al：Survey of Palliative Sedation at End of Life in Terminally Ill Heart Failure Patients — A Single-Center Experience of 5-Year Follow-up. Circ J　**83**：1607-1611, 2019
2) Kawaguchi J, Hamatani Y, Izumi C, et al：Experience of morphine therapy for refractory dyspnea as palliative care in advanced heart failure patients. J Cardiol　(In press)
3) Takada Y, Kawano Y, Anzai T, et al：Development and validation of support tools for advance care planning in patients with chronic heart failure. Int J Palliat Nurs　**25**：494-502, 2019
4) Bernacki R, Paladino J, Block SD, et al：Effect of the Serious Illness Care Program in Outpatient Oncology: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med　**179**：751-759, 2019

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫
A. 病院診療
2）兵庫県立姫路循環器病センター（兵庫県姫路市）

大石醒悟
（兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科）

はじめに

当院は兵庫県の西部を中心とする医療圏を対象とした，救命救急センター30床を含む350床からなる循環器専門病院である。心臓移植を除くほぼすべての治療選択肢を提供可能であり，年間600名程度の心不全緊急入院患者に対応しているが，常勤の緩和ケア医は不在である。

そのようななか，当院では，2011年から有志の勉強会を開催することを契機に心不全の緩和ケアに取り組み，実臨床での経験を経て，チーム医療としてのあり方を模索したうえで緩和ケア専門医を週1回招聘し，病院の公式なチーム活動として2015年5月より患者支援・緩和ケアチームを立ち上げ，活動している[1)]。

チームの紹介

1. 構成メンバー

患者支援・緩和ケアチームは，循環器内科医，緩和ケア医（週1日診療応援），看護師（老人看護専門看護師，慢性心不全看護認定看護師，リンクナース），薬剤師，理学療法士，栄養士，臨床心理士，医療ソーシャルワーカーで構成されており，各メンバーの役割は**表1**に示すとおりである。

2. 病院内でのチームの位置づけ

当院では本チーム以外も含め多職種チームの所属は曖昧であるため，病院内での組織的なチームの位置づけの明確化と緩和ケアチームの業務の充実，改善を目的として，2015年より患者支援・緩和ケア部会を立ち上げ，患者支援・緩和ケアのチーム医療の推進を図っている。同部会にて，チーム活動の報告，活動内容の検討を行い，決定事項は病院の了承が必要なものに関しては，リハビリテーション運営委員会，院内幹部会に諮り，了承されれば院内で周知され，各病棟で対応可能なものに関しては，リンクナースが主体となって周知する。

3. プライマリ・チームとの関わり

心不全は治療経過のなかで意思決定を含めた支援が必要となるので，基本的緩和ケアは治療提供者である主治医チーム，病棟看護師，日々関わっている医療者（プライマリ・チーム）によって提供されるべきであるという考えに基づき，患者支援・緩和ケアチームは困難事例のコンサルテーションに対応している。院外の緩和ケア医に週1回終日，診療応援を依頼している。緩和ケア医は回診および多職種カンファレンスを開催（15～16時）し，その結果を，プライマリ・チームへ回答している。

4. コンサルテーション内容

2015年5月よりチーム活動を開始し，4年半で258例の心不全患者の相談を受けた。コンサルテーション内容の内訳は，**図1**のとおりである。依頼内容が最も多いのは身体症状であるが，次いで，意思決定支援，精神症状，社会的問題，倫理的問題と相談内容は多岐にわたっている。また，相談事例の転帰については，108例（42%）が死亡退院であるが，94例（36%）が自宅退院となっ

表 1　当院患者支援・緩和ケアチームにおける各職種の役割

職　種	役　割
循環器内科医	・緩和ケアチームのあり方の確立 ・循環器医の視点からの緩和ケアの提供，指導，教育 ・循環器領域における緩和ケアのニーズ発信
緩和ケア医	・緩和ケア医の視点からの緩和ケアの提供，指導，教育 ・がん緩和から非がん緩和への応用の提案 ・緩和ケア領域における非がん緩和のニーズ発信
老人看護専門看護師	・緩和ケアチームへの相談窓口 ・病棟，主治医，緩和ケアチーム間，チーム内の調整 ・せん妄回診（精神科医）との連携
慢性心不全認定看護師	・心不全治療とケアの質の向上の推進，教育，院外への発信 ・病棟，主治医と緩和ケアチーム間の調整 ・在宅と病院間の診療連携の調整
病棟看護師，外来看護師（リンクナース）	・病棟，主治医と緩和ケアチーム間の調整 ・緩和ケア対象患者の選択 ・病棟，外来における緩和ケアについてのニーズ発信
薬剤師	・麻薬，鎮静薬の使用に関する相談窓口 ・同薬剤使用の追跡調査，評価 ・非がん緩和における薬物使用のエビデンスの発信
栄養士	・低栄養患者に対しての食事メニューの検討 ・心不全患者，家族への食事指導 ・末期患者における食事の工夫に関する情報発信
理学療法士	・フレイルティの高い患者に対するリハビリ提供 ・許容される範囲内での望まれる空間，時間の提供 ・末期患者におけるリハビリ実施に関する情報発信
心理士	・末期患者の精神的苦痛，スピリチュアルペインへの介入 ・せん妄回診（精神科医）との連携 ・末期患者への心理的支援に関する情報発信
医療ソーシャルワーカー	・病診連携，病病連携の提供，支援 ・本人，家人への社会的資源提供の提案，支援 ・末期患者への社会的支援の問題点を含めた情報発信

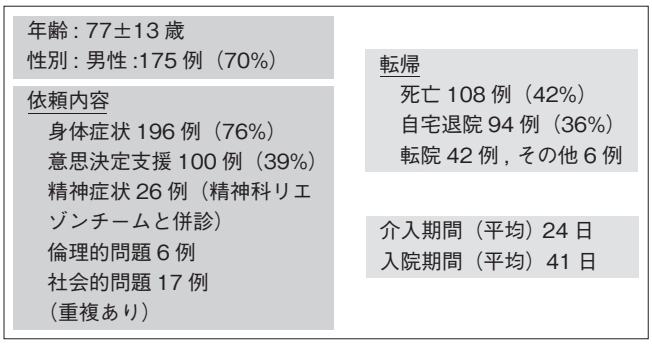


図 1　患者支援・緩和ケアチームへのコンサルテーション内容
（258 例：2015.5 ～ 2019.10）

ており，適切な症状緩和，意思決定支援の結果，地域との連携ができた事例においては十分に自宅退院も可能である。

5. 教　育

2011 年の活動開始時から院内および地域の医療関係者を対象に，緩和ケアに関する公開勉強会を，院外講師も招聘し，隔月で継続開催している。

当院の取り組みの強みと問題点

1. 強　み

多職種で構成されているため，各職種の役割を生かして患者・家族に対して多方面から支援できる。循環器内科医は，基礎疾患や治療方針などについての情報をチームに提供し，主治医との橋渡し役となり，チームの推奨事項をタイムリーに伝え，緩和ケア医は，豊富な知識と経験をもとに，薬物療法をはじめ意思決定支援について意見を述べることができる。老人看護専門看護師，臨床心理士，薬剤師は精神科リエゾンチームメンバーでもあるため，心不全患者に多くみられる不眠やせん妄，抑うつに対して，チーム間で連携を図り介入することができる。また，慢性心不全看護認定看護師が退院調整看護師として地域医療連携課に所属していることで，地域の病院，かかりつけ医，在宅サービス提供者と連携を図り，患者・家族の状態や希望に合わせた療養先の検討ができる。

このように，それぞれのチームメンバーの個々の強みを生かした介入をチーム内で検討，共有することで，患者・家族の QOL を高めるケアにつなげていくことができている。

2. 問題点

1）緩和ケアに対する知識・経験不足，誤解

チーム立ち上げ当初，循環器医療における緩和ケアの考え方，麻薬を含めた薬物療法や意思決定支援，患者の意向に合わせた療養先の連携についてなどの知識が乏しく，心不全患者の緩和ケアを十分に行うことができていなかった。緩和ケアチームが主体となり緩和ケアの勉強会や事例検討会を行い，プライマリ・チームとともに学び，臨床の場で実践につなぐことができるように活動を行っている。

2）チーム介入依頼のタイミングの困難さ

チーム介入依頼のタイミングは主治医チームに任されているので，診療科，主治医団の考え方などにより，専門的緩和ケア介入が必要であろうと想定される患者に関しても依頼が出ないこともある。適切なスクリーニング方法に関して検討中であるが，現在のところ未定であり，検討課題である。

3）苦痛評価の困難さ

身体的苦痛が表出される場合にはアセスメントは比較的容易であるが，不安，抑うつなどの精神症状やスピリチュアルペインなどの抽出は容易ではないことも多く，介入対象として認識されていないこともある。患者の望みを聴取することも，忙しい日常臨床のなかで容易ではないが，プライマリ・チームは基本的緩和ケアの担い手として，意思決定支援の主体でもあり，期待される役割は多い。

おわりに

心不全患者および家族を対象とした適切な緩和ケアのあり方は，地域によって，また使用可能な医療資源によって多様であるが，心不全患者の抱える苦痛を評価し，介入するアプローチは共通であり，そのアプローチ実現のために施設ごと，地域ごとに工夫を要するものと考えられる。

文献

1）大石醒悟，他 編：実践から識る！　心不全緩和ケアチームの作り方．南山堂，2018

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

A. 病院診療

3）久留米大学病院（福岡県久留米市）

柴田龍宏

（久留米大学医学部内科学講座 心臓・血管内科部門）

久留米大学心不全支援チームの概要

久留米大学病院は高度救命救急センターを有する総病床数 1,025 床の特定機能病院，地域がん診療連携拠点病院である。2012 年からは植込み型補助人工心臓（ventricular assist device；VAD）実施施設としても認定されている。

当院では 2015 年 6 月より心不全支援チーム（heart failure support team；HST）が多職種チームとして活動している。HST は外来看護師による心不全サポート面談を中心として，予後改善と再入院予防を目指した心不全多職種支援，VAD 患者の支援，そして基本的緩和ケアをトータルで提供するチームである。チームのコンセプトは「再入院予防・予後改善のための多職種疾病管理のなかで，常に“*Hope for the best, prepare for the worst*”の視点に立ち，治療と緩和ケアが融合した心不全医療を提供すること」である。

活動の柱となる３つのリンク

当院 HST は，①治療と緩和ケア，②外来と病棟，③基本的緩和ケアと専門的緩和ケアという３つのリンクを重視している（**図 1**）。入院患者に対して，医師が治療を徹底的に議論するカンファレンスと，多職種で患者の QOL や基本的緩和ケアについて話し合うカンファレンスの２つが毎週開催されており，それぞれのカンファレンスの情報は医師を通じて共有されている。外来患者に関しては隔月で多職種カンファレンスを行っており，そこに病棟と外来のスタッフの両方が参加することで，シームレスな情報共有を実現している。また，必要な患者に対しては外来看護師による心不全サポート面談を取り入れ，継続的な意思決定支援や家族支援，メンタルケアやセルフケア指導などを行っている。そして，緩和ケア加算の対象になる症例や専門的緩和ケアを要する難渋症例に関しては，緩和ケアチームのカンファレンスに HST の医師と看護師が参加し，協働している。

心不全緩和ケアのスクリーニング

「予後」ではなく「ニーズ」に焦点を当てた緩和ケアを早期から提供するために，当院 HST ではすべての心不全入院患者に対して緩和ケアスクリーニングを行っている（**表 1**）。スクリーニングでピックアップされた患者に対しては，カンファレンスで継続介入の是非が検討され，介入対象となれば必要な多職種支援がコーディネートされる。スクリーニングによって，限られた時間とマンパワーのなかで，できるかぎりタイミングを逃さず，効率的にニーズを拾い上げることを目指している。

活動から見えてきたこと

チームの立ち上げ段階では高い熱量が求められるが，その後はいかに“息切れ”を起こさないチームであるかが求められる。そのためには，病院内での正式組織化を目指して時間と人を確保すること，特定の人に頼ることなく運営できるシステムをつくること，そして各メンバーを専門職と

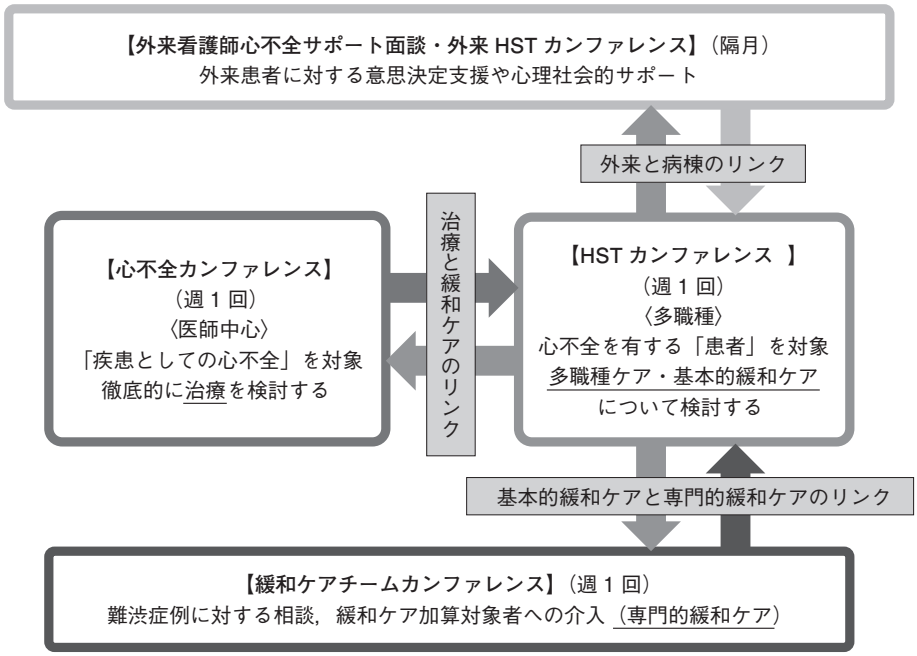


図 1　久留米大学 HST の 3 つのリンク

表 1　心不全入院患者に対する緩和ケアスクリーニングのチェックリスト

①	EQ-5D（QOL 指標），PHQ-9（うつ指標）によるニーズチェック
②	低心機能（LVEF<30%）症例の心不全増悪入院
③	移植登録・補助人工心臓関連患者
④	心不全増悪入院が年 2 回以上
⑤	要社会環境調整（MSW によるスクリーニング）
⑥	終末期の苦痛症状あり（呼吸苦，疼痛，倦怠感など）
⑦	医療スタッフの希望（メンタルケア，アドヒアランスの問題など）
⑧	重症肺高血圧症例（静注プロスタグランジン製剤導入症例など）

して尊重し合う土壌をつくることが重要であると考える。この領域はまだまだ発展段階であり，どのような取り組みが正解かは分からない。地域や施設環境のリソースに合わせて，できることから少しずつ始めていくことが大切だと考える。

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

A. 病院診療

4）飯塚病院（福岡県飯塚市）

―市中病院における心不全緩和ケア

大森崇史

（飯塚病院 連携医療・緩和ケア科）

飯塚病院における心不全診療と心不全緩和ケアの取り組み

飯塚病院は福岡県の飯塚医療圏にある1,048床の高次医療機関で，移植・植込み型補助人工心臓以外の心不全診療を行っている基幹病院である。循環器内科には医師が9名所属し，2018年度に年間1,778名の患者が入院し，その平均年齢は73.3歳，平均在院日数は12.6日，入院中の死亡は39例であった。

「心不全になっても“過ごしたい過ごし方”のできる地域づくりに貢献する」というビジョンを掲げ，2017年5月にチーム「ハートサポートチーム（heart failure care support team；HST）」を創設し，2019年10月までに112例のコンサルテーションがあった。HSTは循環器内科の医師1名と緩和ケア科の医師1名，慢性心不全看護認定看護師1名の3人をコアメンバーとし，病棟のリンクナース，医療ソーシャルワーカー，公認心理師，緩和ケアチームなどに協力を仰ぎ活動を行っている。毎週火曜日をチーム活動日としており，①スクリーニング，②症状マネジメント，③地域連携，④スタッフの教育とケア，⑤研究を行っている（**図1**）。病院内だけでなく，地域に根ざしたチーム活動を心がけている。

創設時の工夫

HST創設前，症状緩和や意思決定支援の困難さなどを感じていたが，なかなか緩和ケアの実践に至らなかった。がんと同様に，1人の医師が治療と緩和ケアを並行して行うことは難しく，循環器病棟全体に「緩和ケア＝終末期医療，モルヒネ」という構図が深く根付いていた。その状況を改善するためには「基本的緩和ケアの普及・啓発」「専門的緩和ケアを実践するチーム」が必要と考えたが，本来その機能を備えている緩和ケアチームはがん診療が中心で多忙であるうえ，心不全患者とどう関わってよいかが分からないという現状であった。まず循環器と緩和ケアを橋渡しする存在が必要と考え，HST創設に至った。院長，各診療科部長と看護部長など関係部署のステークホルダーに必要性とビジョンを説明し，HST活動が認められ，最初は症例を限定して小さく活動を開始した。

困難事例に出会った時は緩和ケアチームの医師や認定看護師に参加をしてもらい，コミュニケーションやコンサルテーション技法について助言を受けた。緩和ケアチームとのコラボレーションはHSTのスキル向上だけでなく，緩和ケアチーム側の心不全に対する苦手意識も薄らぎ，また末期心不全の緩和ケア診療加算の算定にもつながった。地道な草の根活動を続けるうちに現場にも緩和ケアの必要性が浸透し，リンクナースの設置や慢性心不全看護認定看護師の輩出につながった。

運営の工夫

運営において，診療システムに組み込むことを意識している。大学病院や専門センターとは異な

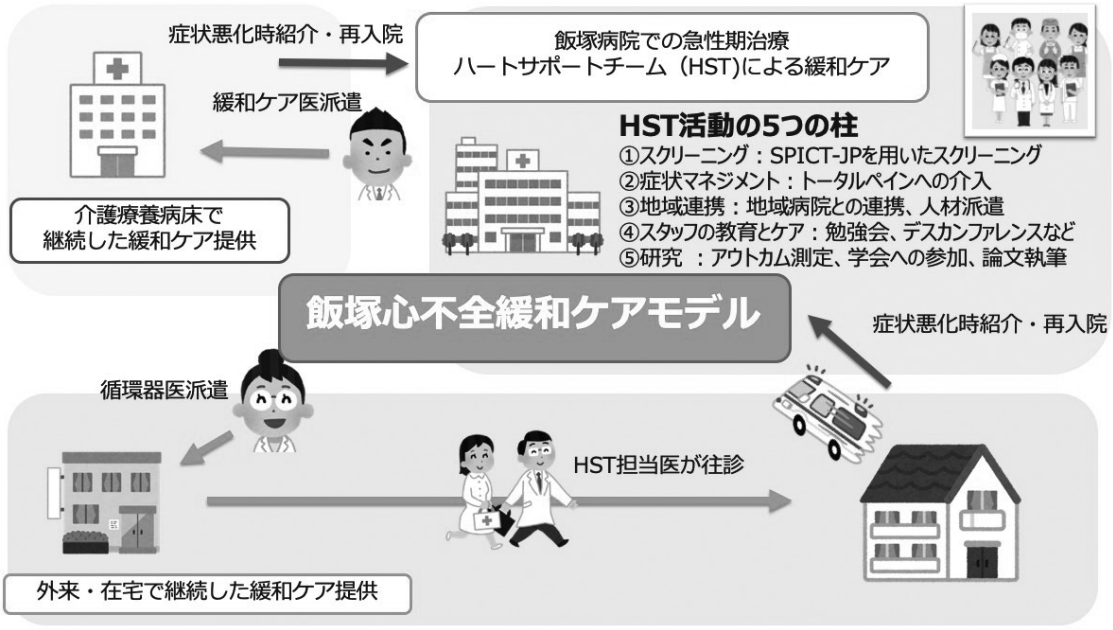


図1　飯塚地区の心不全緩和ケア提供モデル

り，診療する患者数も多い。当院では週1回循環器病センターの多職種カンファレンスが行われ，そこでは1週間の新入院患者や長期入院患者，困難事例の情報が共有される。HSTもこのカンファレンスに参加し，緩和ケアのスクリーニング基準に該当した場合はHSTが主治医・担当看護師とコンタクトをとり必要に応じて介入が始まる，という医師主導ではないシステムが構築されている。また，リンクナースは緩和ケアの実践だけでなく，病棟スタッフへの教育も担っている。定期的な勉強会やデスカンファレンスの開催は現場スタッフに委ねられており，これらの活動を通じて緩和ケアに対する意識改革にもつながっている。

市中病院で心不全の緩和ケアを始めるために

市中病院における心不全緩和ケアのニーズは確実に増大していく。そのニーズに気づくためには横断的緩和ケアチームが必要で，院内では誰がその役を担うかを考える必要がある。緩和ケアチームが担うことができれば申し分ないが，市中病院の緩和ケアチームはがん緩和に特化していることも多い。まずは循環器部門内で有志を募り，心不全の緩和ケアについて考えるチームを設置することは，心不全緩和ケアを始める第1歩になるのではないかと考える。

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫
B. 在宅診療
1）ゆみのハートクリニック（東京都豊島区）

田中宏和
（ゆみのハートクリニック）

多職種心不全クリニックとしてのチーム医療

当院は都心部にある外来診療と訪問診療のミックス型を特徴とする在宅療養支援診療所である。2012年の開院以来，「心臓の病気をもつ人々が安心して暮らせる社会になるために」をモットーに，複数の循環器専門医のほか，慢性心不全認定看護師，心臓リハビリテーション指導士や呼吸ケア指導士などの理学療法士，在宅診療のアシスタントの役割を有する訪問診療コーディネーター，ソーシャルワーカー，臨床検査技師などが所属して，総合病院や診療所，訪問看護ステーション，介護福祉施設などの多施設・多職種と連携を行いながら，予防から看取りまで，チーム体制で地域医療をサポートしている。

超高齢社会を迎えた日本において，心不全患者は増加傾向にあり，適切な心不全治療とともに，その人らしいLIFE（生命・生活・人生）を考えながら医療を提供することが求められている。心不全の在宅診療は，実際のLIFEをみながら，早期から症状緩和や精神的ケア，介護負担の軽減を行い，多施設・多職種とのコミュニケーションを大切にしながら意思決定支援を行うことが重要であり，心不全緩和ケアの実践において在宅診療の果たす役割は大きい。当院では，末期心不全患者の在宅療養のサポート，また自宅での看取りまでを積極的に行っており，2018年には心不全患者の自宅看取り率66%，60名の自宅看取りを行っている。そのなかで，患者・家族の生活に寄り添いながら，その人らしいLIFEをいかにサポートしていくか，皆でできることを探し出すことが大切であると考えている。

末期心不全患者に対する強心薬持続点滴

当院では，適切な心不全治療を行っているにもかかわらず強心薬の離脱が困難な末期心不全患者で，本人・家族が自宅療養を強く希望し，自宅で最期を迎える可能性を受容できる患者に対して，在宅で強心薬の持続点滴を行っている。適応基準・条件を**表1**に示す。

これまでに18名の患者に対して強心薬持続点滴を行っており，平均在宅療養期間は56.9日，自宅看取り率は85%であった。カテーテル閉塞，感染を15%に認めたが，重篤な合併症は認めなかった。

【症例】僧帽弁置換術後の80歳代女性（stage D，NYHA Ⅳ，PS 3）。慢性心房細動があり，貧血を契機に心不全が増悪し，入退院を繰り返していた。K医療センターにてドブタミン2γ，フロセミド80mg/日持続点滴からの離脱が困難な状況で，主治医より終末期と判断。「自宅で最期を迎えたい」と強く希望したため訪問診療が導入。退院前に末梢挿入中心静脈カテーテル（peripherally inserted central catheter；PICC）を挿入し，輸液ポンプを用いて在宅療養が開始となった。

退院直後は特別訪問看護指示書を発行して看護師が頻回訪問を行い，状態観察や輸液管理（週2回交換）を行った。安静時の呼吸困難に対するオピオイド投与は，症状緩和や生活の質の改善に有効と考え，早期からコデインリン酸塩錠を投与

表1　ゆみのハートクリニックの在宅カテコラミン適応基準・適応条件

1. 適切な心不全治療を行っているにもかかわらず強心薬離脱が困難である
2. 本人および家族が自宅で過ごしたいという強い希望がある
3. 病院主治医が許可している
4. 自宅で最期を迎える可能性を受容できる
5. 同居者がいる
6. 同居者が強心薬，点滴ポンプを在宅療養で使用するための知識・技術を習得できる
7. トラブルに対応できる支援病院がある

し，内服不可となった時点からモルヒネ塩酸塩注の持続皮下投与に切り替えた。また低心拍出量症候群に伴う全身倦怠感や食欲不振，傾眠などの精神症状に対して，ベンゾジアゼピン系トランキライザーであるブロマゼパム坐薬などを適宜使用して症状緩和を行い，退院約4カ月後に自宅看取りとなった。

心不全緩和ケアの6項目

当院では，病期が進行して通院が困難となってきた心不全患者に対して，すでに確立された心不全治療が施されたなかで，少しでも元気に住み慣れたところで過ごしてもらうために，以下の6項目をアセスメントし実施することで，包括的な心不全緩和ケアを行うよう心がけている。

①適切な心不全治療（利尿剤などの薬剤調整，減薬，リハビリやデバイスの適応など）
②症状緩和（全人的苦痛の評価，薬物・非薬物療法，オピオイドの使用など）
③チーム医療（地域における多職種連携，情報共有の方法など）
④予後予測（病期と予後予測）
⑤意思決定支援（代理意思決定者の選定，療養場所の選択，患者の希望など）
⑥家族ケア（介護者自身の問題，介護負担の軽減策など）

高齢，難治性心不全患者が増加するこれからの時代において，急性期病院の役割が明確となり，入院日数の短縮を余儀なくされるため，長期入院から在宅へ早い段階での医療の移行が必要となっている。このため，退院後の受け皿となる在宅医療の整備が急務であり，総合病院での医療の質を在宅でも可能なかぎり維持することが求められている。

心不全の在宅診療は，看取りの医療ではなく，多職種でのチームアプローチにより，患者・家族の生活の質を維持し，心不全の再入院を抑える積極的な医療であることを強調したい。

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫
B. 在宅診療
2）きずなクリニック（福岡県久留米市）

池田真介
（きずなクリニック）

心不全緩和ケアと在宅医療

緩和ケアを行うには，今後の治療・療養について，患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスである advance care planning（以下，ACP）を行い，患者・家族の病状理解や意向を十分に把握することが不可欠である。特に心不全は増悪と寛解を繰り返す疾患で，がんと比較して予後予測や治療の差し控えが難しいため，ACP はより一層重要な位置づけとなる。基幹病院では心不全緩和ケアチームが結成されるなど，ACP が積極的に行われるようになっている。在宅医療で心不全症例に介入する際は，まずはこれまでの ACP で知りえた患者・患者家族の病状理解や意向を十分に確認することが必要である。

多職種による心不全緩和ケアの実践

在宅療養を継続するためには，身体的症状が十分に緩和されていることが前提であるが，心不全において日々の医療ケアや標準治療薬の継続は身体の症状を緩和させる効果が大きい[1)]。そのため在宅での多職種による医療ケアにて，心不全の増悪を予防し，増悪時に速やかに対応することが重要である。具体的には，重度心不全は日々の日常生活動作だけでも増悪することがありえるため，訪問看護による入浴介助などの身体的ケアのみならず，トイレの前に休憩できるように椅子の設置をするなどの工夫を行う。心不全増悪時は，浮腫・体重増加・呼吸困難感や起座呼吸など何かしらの前兆となる自覚症状・身体所見があることから[2)]，訪問看護・診療で状態評価を行い，増悪が疑わしければ利尿剤の増量をするなどの早急な対応を行えば，急性増悪を予防できる場合もある。また，薬剤師が訪問し“お薬カレンダー”にセットを行い，嚥下機能に合わせた形状に変更することで，標準治療薬の継続服用も確実となる。また，食事摂取量不足による低栄養でのサルコペニアの進行は労作時の左心室の仕事量を増大させるため，栄養士が訪問し，調理にあたる家族や介護士に直接指導することも有益であると考える。

このように，心不全予防の対策を患者の生活に合わせ現実に落とし込むことができることが，在宅医療の大きな醍醐味である。

在宅医療での ACP

心不全に限ったことではないが，病状の進行やその際の身体的・精神的状態によって，患者・患者家族の病状認識や意向は変動していくことが多く，そのことを医療従事者は認識しておく必要がある。特に心不全は増悪と寛解を繰り返し，がんと比較して予後予測や治療の差し控えが難しいため，その傾向が強いと筆者は感じる。そのため，在宅医療で介入後も引き続き医療ケアを行いながら，ACP を継続していくことが重要である。なお，患者の生活の場での医療ケアとなるため，在宅医療では多職種で繰り返し ACP を行いやすいこともあり，積極的に行うべきである。ACP を行うこと自体が患者・患者家族の直接的な精神面のケアになり，かつケアにあたる各スタッフが患者・患者家族の意向を知りえることで，病状変化に過

剰に不安を感じることも少なくなる。

在宅医療では病院と違い検査が十分に行えず，循環器系の点滴薬の使用の制限もあるため，病状悪化時に治療目的で病院搬送を行うべきか，看取りも視野に入れ緩和主体の対応をすべきなのかの判断を迫られることが少なくないが，ACP を通じて患者・患者家族の意向を十分に汲み取ることができていれば，妥当な判断ができるようになるであろう。

今後の心不全医療ケアモデル

重度心不全症例に対して，診療所や多職種が患者教育・モニタリングや ACP など多面的にケアしていくことが，心不全医療ケアモデルとして推奨されている[3)]。今後は通院困難な重度心不全症例に対しては，診療所が中心となり，看護師・薬剤師・ケアマネージャーや介護事業者と在宅医療ケアチームをつくり，多職種で ACP を通じて医療ケアを行うことが望ましい。しかし，在宅医療ケアチームを結成するにあたり，地域によっては 24 時間対応が可能な訪問看護ステーションが少ないなどの社会資源の不足は否めない。また，がん末期では医療保険で訪問看護・診療を連日・同日に複数回行うことが可能であるが，重度心不全では制度上，訪問看護や診療の制限がある。

重度心不全を在宅の場で診ていくには制度の改定や社会資源を充実させていく必要があるが，現状でも ACP を通じて医療ケアの方向性が定まっていれば，まだまだ地域で重度心不全を受け入れていく余地はあると思われる。また，ACP で知りえた患者・患者家族の意向や医療ケアの方向性を在宅医療ケアチームと基幹病院と相互に共有していくことで，連続性のある患者・患者家族が望む医療ケアの実践につながる。

文献

1) Gibbs JS, et al：Living with and dying from heart failure：the role of palliative care. Heart **88**（Suppl II）：ii36–ii39, 2002
2) Schiff GD, et al：Decompensated heart failure：symptoms, patterns of onset, and contributing factors. Am J Med **114**：625–630, 2003
3) Desai AS, et al：Rehospitalization for heart failure：Predict or prevent? Circulation **126**：501–506, 2012

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

B. 在宅診療

3）くるす医院（兵庫県姫路市）―

一開業医の在宅療養と心不全

来栖昌朗

（くるす医院）

人口の年齢構成が変わり経済状況も厳しいこのご時世，患者のニーズも，病院の提供できる医療の質も量も変動してきているなかを，開業医も生きていかないといけない。外来をしつつ在宅診療でみる患者の疾病構造も，数字には表せないが変化してきている。

開業初期は外来の患者が通院できなくなったことが主たる往診の理由であったと思う。やがて介護保険が導入され，脳血管障害後遺症の患者が病院やリハビリ施設から自宅へ帰り，生活管理も含めて往診するようになった。次はがんの診断がある患者が，住み慣れた自宅で最後を迎えさせてほしいと，紹介されるようになった。同時に訪問看護師や居宅介護支援専門員をはじめとする在宅での協働も密に行われるようになった。診療報酬上では強化型在宅療養診療所連携型として同業の開業医と協働している。

やがて認知症，心不全，腎不全，慢性呼吸不全で在宅酸素中の患者も徐々に増加していく。認知症は介護との緻密な連携と患者家族教育に時間を割く。慢性呼吸不全の患者とは最後までお付き合いすることが多い。ただ，腎不全患者は透析施設が最後まで診ることが多い。

そして慢性心不全患者の登場である。これは少し手強い。なぜなら急性心不全の症状は最初の何回かは病院による集中医療が効を奏するし，大病院で継続外来診療をすると，患者もその家族も治すための治療をしていただけると思っているために，大病院から離れたくなくなることが多いからである。しかし自宅療養で，というのは専門医療知識もさることながら，当該の患者がどんな生活をしているのかの想像力に欠けると，指導や医療行為自体が形骸化する。

たとえば，こうだ。ある患者の話をしよう。急性心不全の症状をきたし夜間に救急搬送され，最新鋭の機器を駆使し精密なモニターとエビデンスに基づく高価で精緻な治療が行われ，そしてICUや観察室を経て一般病棟に移動し，心臓リハが行われる。やがて退院時カンファレンスがあり，在宅医と連携が行われ，めでたく帰宅する。退院した患者と家族は「病気は治った」と思っている。しかし病気は確実にその心臓の予備力を奪っている。患者は，入院する以前の生活より動けるようになっているに違いないと，活発に運動する。かくして，昼間に動きすぎた患者は，近い時期の，それも夜間に心不全症状が発症し，再び救急搬送される。「ＱＯＬ」という言葉が存在するが，低心機能の患者には，その場での瞬発的に行える運動のみならず耐久性も劣っていることを説明しておかないと，すぐに，自分が行う運動量を制限できず動いてしまう。一開業医である当院での数字は**表１**のごとくで少なく統計処理ができるようなものではないが，訪問診療と訪問看護での在宅療法指導で何度も心不全となって入院することはない。生活の制限はＱＯＬを下げてしまうので，あまり運動制限はかけられないという医師もいる。当院では，患者に「あなたの心臓はダンプトラックを軽４のエンジンで動かしているんですよ」と説明する。

往診で他人の生活に入り込んでいる在宅医に

表1　慢性心不全患者の在宅療養期間

症例	性別	年齢	主病名	在宅時間（日数）	転帰	ＢＮＰ参考（pg/mL）	ＥＦ参考（%）	経過中の救急搬送
1	♀	87	慢性心不全	1,399	看取り	580		なし
2	♀	94	大動脈弁狭窄症	1,330	介護困難入院	873	34	なし
3	♂	79	陳旧性心筋梗塞	554	看取り	1,498	30	後頭葉脳梗塞
4	♀	90	慢性心不全	402	看取り	430	42	なし
5	♂	83	拡張型心筋症	524	増悪入院	594	20	なし
6	♀	95	慢性心不全	276	継続中	921	13	なし
7	♀	86	僧帽弁置換術後	24	増悪入院	1,331	28	なし
8	♀	89	陳旧性心筋梗塞	203	継続中	508		なし
平均		90		712		955	31	
SD		5		476		369	9	

とっては，心不全の患者が入院前の生活に完全に戻れているとは考えない。慢性疾患患者には入院後の病状説明の時に，心不全が進行している場合は，日常生活の制限がしっかりなされる状態でないとすぐ状態は悪くなることを説明できていないといけない。当然，服薬指導と管理も必要になる。末期の患者は徐々に入院までの期間が短くなって，最後にはＩＣＵを離脱することもできない。オピオイドが必要になるかもしれない。自分が思う普通の生活はできないという悲観的な説明をするとＱＯＬが下がることもあり，確かにセンシティブではある。

何度もいうが，心不全の経過のなかで，退院したら元の生活が送れることはあまりないという真実をまず説明しなくてはならない。これらの情報提供をしないことは，医師の傲慢ではないかとさえ思う。

昨今の advanced care planning（ＡＣＰ）の考え方を，場合によれば患者全員に適応できないことも承知のうえで，周囲の人々がある人の予後についてもう少し真摯に考えないと，不幸な病院通いが続いてしまうのではないかと思う。今後も病院から在宅へと移行する高齢低心機能の患者は増加することになると思うが，いかにその人らしく生活をまっとうしてもらうのかについても，やはりもう少し議論が必要なのではないだろうか。

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

升川研人　宮下光令

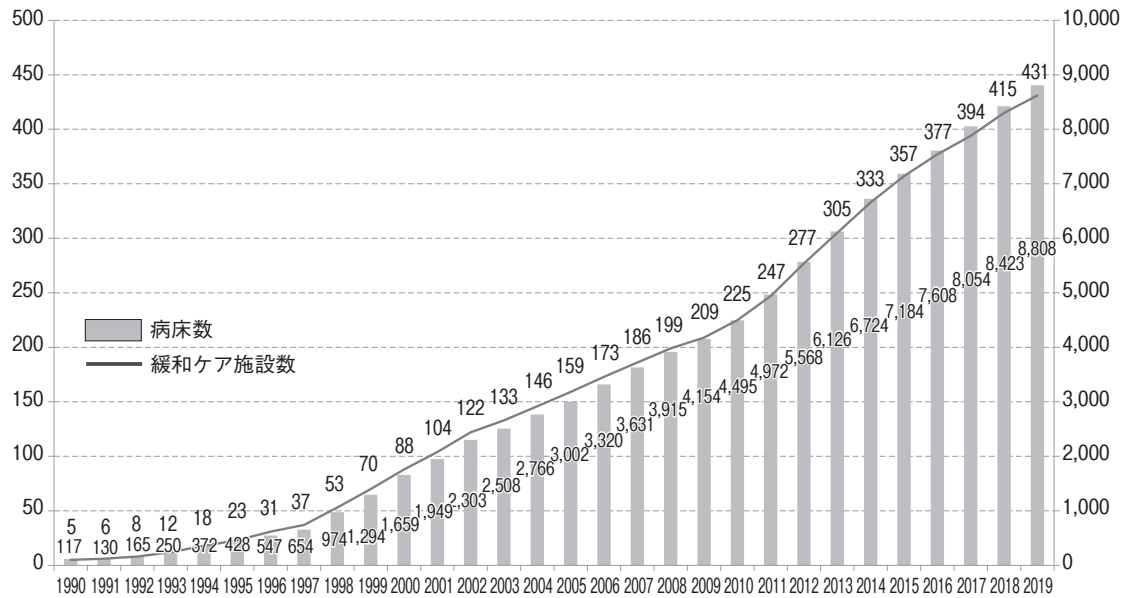
（東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野）

本稿では日本の緩和ケアの現状を，特に専門的緩和ケアを中心にデータから概観する。都道府県別のデータに関してはすべてのデータを最後に掲載した。なお，都道府県別の集計は人口10万人対で統一した。都道府県の65歳以上の高齢者人口，医師数，看護師数などを分母にした割合の算出のほう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著者まで連絡をいただきたい。

緩和ケア病棟

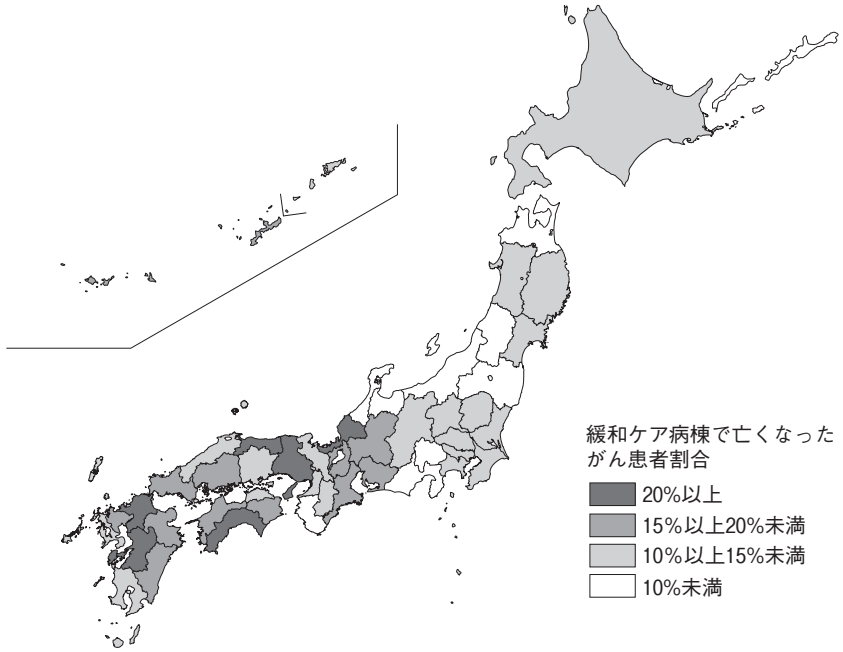
わが国の緩和ケア病棟は，1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。**図1**に緩和ケア病棟数，病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数，病床数ともに増加し，1990年に5病棟（117床）だった緩和ケア病棟は2019年には431病棟（8808床）となった。

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2018年時点で



（日本ホスピス緩和ケア協会，2019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，2018 年度）

図 2　緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合（都道府県別）

13.9％であった。**図 2** に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 30.8％，熊本県 29.2％，高知県 27.6% であり，一方で低い都道府県は和歌山県 1.8％，静岡県 3.0％，福島県 5.8％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）。

2019 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 13.3% %，院内病棟型が 84.9%％であり，完全独立型は 1.8%（6 施設）であった。緩和ケア病棟入院料の算定状況に関しては，緩和ケア病棟入院料 1 算定施設は 79.6%(265 施設）であり，緩和ケア病棟入院料 2 算定施設数は 19.2%（64 施設）であった。緩和ケア病棟入院料に関しては，2019 年 4 月時点での日本ホスピス緩和ケア協会のデータと 2019 年 8 月時点での厚生局のデータを参考に集計した。なお，2019 年 8 月時点の厚生局のデータによる日本ホスピス緩和ケア協会会員施設以外も含めたすべての緩和ケア病棟における入院料 1 算定施設は 76.3%（319 施設）であり，入院料 2 算定施設は 23.2%（97 施設）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 2018 年度で平均 200.1 名，200 名以上の施設が 40.5% であり 2011 年度と比較して 21.5% 増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は 2018 年度では平均 79.9％であり 2011 年度より 6.2% 減少した（この数値は 2012 年度では 82.1% と 2011 年度より 4.0% 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 2018 年度では平均 29.6 日で徐々に減少しており，平均在院日数が 30 日未満の施設の割合は 61% で，2011 年度に比べて 37% 増加した。平均病床利用率は平均 73.9％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 6.1% 減少した。

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	%
病棟形式	院内独立型	44	13.3%
	院内病棟型	282	84.9%
	完全独立型	6	1.8%
緩和ケア病棟入院料の算定状況	緩和ケア病棟入院料1算定施設	265	79.6%
	緩和ケア病棟入院料2算定施設	64	19.2%
	入院料1＋入院料2算定施設	2	0.6%
認可病床数	平均 ± 標準偏差	20.7	±7.6
	1-14 床	52	15.7%
	15-29 床	254	76.5%
	30 床以上	26	7.8%
稼働病床数	平均 ± 標準偏差	20.3	±7.3
	1-14 床	56	16.9%
	15-29 床	251	75.6%
	30 床以上	25	7.5%
個室数	平均 ± 標準偏差	17.4	±6.3
	1-9 室	26	7.8%
	10－19 室	165	49.7%
	20 室以上	141	42.5%
無料個室数	平均 ± 標準偏差	9.8	±6.1
	0-9 室	148	44.6%
	10－19 室	162	48.8%
	20 室以上	22	6.6%
家族室数	平均 ± 標準偏差	1.6	±0.7
	0 室	1	0.3%
	1 室	162	48.8%
	2 室	148	44.6%
	3 室以上	21	6.3%
緩和ケア病棟入院料算定開始後年数	平均 ± 標準偏差	11.1	±7.1
	0 ～ 4 年	75	22.6%
	5 ～ 9 年	80	24.1%
	10 年以上	177	53.3%
病床あたり面積（㎡ / 床）	平均 ± 標準偏差	14.9	±5.3
	5－9 ㎡ / 床	30	9.1%
	10－14 ㎡ / 床	152	46.1%
	15 ㎡ / 床以上	148	44.8%
外来機能	あり	327	98.5%
	なし	5	1.5%
病院の総病床数	平均 ± 標準偏差	332.0	±225.9
	～ 99 床	34	10.2%
	100 ～ 499 床	233	70.2%
	500 床以上	65	19.6%
院内の緩和ケアチーム	あり	200	60.2%
	なし	132	39.8%
病院・併設施設からの在宅診療	あり	116	34.9%
	なし	216	65.1%
病院・併設施設からの訪問看護	あり	189	56.9%
	なし	143	43.1%
緩和医療専門医（人）	平均 ± 標準偏差	0.4	±0.6
	0 人	230	69.3%
	1 人	82	24.7%
	2 人以上	20	6.0%
緩和医療暫定指導医（人）	平均 ± 標準偏差	0.4	±0.6
	0 人	242	72.9%
	1 人	75	22.6%
	2 人以上	15	4.5%
がん看護専門看護師（人）	平均 ± 標準偏差	0.15	±0.4
	0 人	287	86.4%
	1 人	39	11.7%
	2 人以上	6	1.8%
緩和ケア認定看護師（人）	平均 ± 標準偏差	1.0	±0.8
	0 人	96	28.9%
	1 人	158	47.6%
	2 人以上	78	23.5%
がん性疼痛看護認定看護師（人）	平均 ± 標準偏差	0.2	±0.5
	0 人	273	82.2%
	1 人	50	15.1%
	2 人以上	9	2.7%
ELNEC-J 指導者数（人）	平均 ± 標準偏差	0.8	±0.9
	0 人	142	42.8%
	1 人	138	41.6%
	2 人以上	52	15.7%
ELNEC-J 受講割合（%）	平均 ± 標準偏差	47.0	±27.5
	25% 未満	82	24.8%
	25% 以上 50% 未満	82	24.8%
	50% 以上 75% 以上	109	32.9%
	75% 以上	58	17.5%
精神科医師のコンサルテーション	可能	234	70.5%
心理職のコンサルテーション	可能	203	61.1%
専門的な口腔ケア	可能	297	89.5%
専門的リハビリテーション	可能	306	92.2%
がん薬物療法（注射薬）	可能	32	9.6%
がん薬物療法（経口薬）	可能	73	22.0%
がん薬物療法（ホルモン療法）	可能	118	35.5%
放射線治療	可能	145	43.7%
CV ポート埋め込み	可能	247	74.4%
専門的疼痛治療（神経ブロックなど）	可能	225	67.8%
多職種カンファレンスの開催頻度	0 回	0	0.0%
	1 ～ 2 回	206	62.2%
	3 回以上	125	37.8%

N＝332　※355 のうち 21 施設未回答、2 施設公開不承諾

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	SD	0～99名の割合（%）	100～199名の割合（%）	200名以上の割合（%）	平均	SD	0～99名の割合（%）	100～199名の割合（%）	200名以上の割合（%）	平均	SD	75%未満の割合（%）	75%以上90%未満の割合（%）	90%以上の割合（%）	平均	SD	30日未満の割合（%）	30日以上60日未満の割合（%）	60日以上の割合（%）	平均	SD	75%未満の割合（%）	75%以上90%未満の割合（%）	90%以上の割合（%）
2000	86	112.3	56.4	49	44	7	91.1	45.8	57	41	2	83.7	10.2	20	48	33	46.7	14	8	72	20	75.1	14	42	45	13
2001	100	112.2	57.2	47	47	6	92.3	46.6	58	40	2	84.3	13.8	14	46	40	47.1	15.3	8	76	16	75.1	14.7	42	41	17
2002	117	123.5	56.4	35	57	8	96.4	44.5	56	42	3	83.4	12.5	21	44	36	46.6	22.4	15	67	18	75.3	14.8	42	42	16
2003	131	125.8	63.5	34	56	10	102.9	51.6	47	50	4	85	11.5	15	45	40	44.5	16.6	13	76	11	76	14.6	39	46	15
2004	144	127.7	62.6	35	55	10	106.7	49.5	50	47	4	87.2	10.2	9	45	46	45.9	19	11	74	15	78.3	12.1	39	42	19
2005	159	135.1	67.3	32	56	12	109.5	52.4	44	53	3	85.9	12.9	11	48	42	43	15.8	15	76	9	79.3	11.4	33	47	20
2006	170	134.8	64.2	29	59	12	113.8	53.7	41	56	3	87.1	10.3	9	44	47	43.0	15.0	15	75	10	78.8	13.0	30	48	22
2007	186	138.4	71.4	29	59	12	119.3	58.1	38	55	7	87.1	9.5	11	39	50	42.4	15.4	15	74	10	79.2	12.4	34	43	23
2008	193	145.5	73.7	28	56	17	124	54.1	35	59	7	87.3	8.5	9	48	43	41.7	15.0	24	63	12	79.2	11.9	34	46	20
2009	200	149.0	72.7	26	57	18	127.2	57.1	35	57	8	87.3	11.2	11	41	48	41.8	15.2	23	67	10	80.2	12.0	32	44	24
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	132.9	55.2	31	59	10	86.1	11.6	11	45	44	39.5	15.2	24	69	8	80.2	12.0	30	46	25
2012	253	162.0	76.4	21	51	25	136.2	59.9	26	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	143.1	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	144.4	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	79.93	10	58	32	149.4	61.86	20	64	16	84.3	10.93	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	153.4	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	11.3	50.3	38.4	154.0	63.5	17.8	63.8	18.4	83.1	10.9	20.0	50.0	30.0	32.2	11.7	51.3	45.9	2.8	75.7	13.4	44.4	41.3	14.4
2018	355	200.1	90.3	6.6	52.9	40.5	156.6	67.6	16.3	62.8	20.8	79.9	12.1	26.6	45.9	27.5	29.6	11.5	60.9	35.2	3.9	73.9	13.7	44.5	40.0	15.5

（日本ホスピス緩和ケア協会，2018 年度）

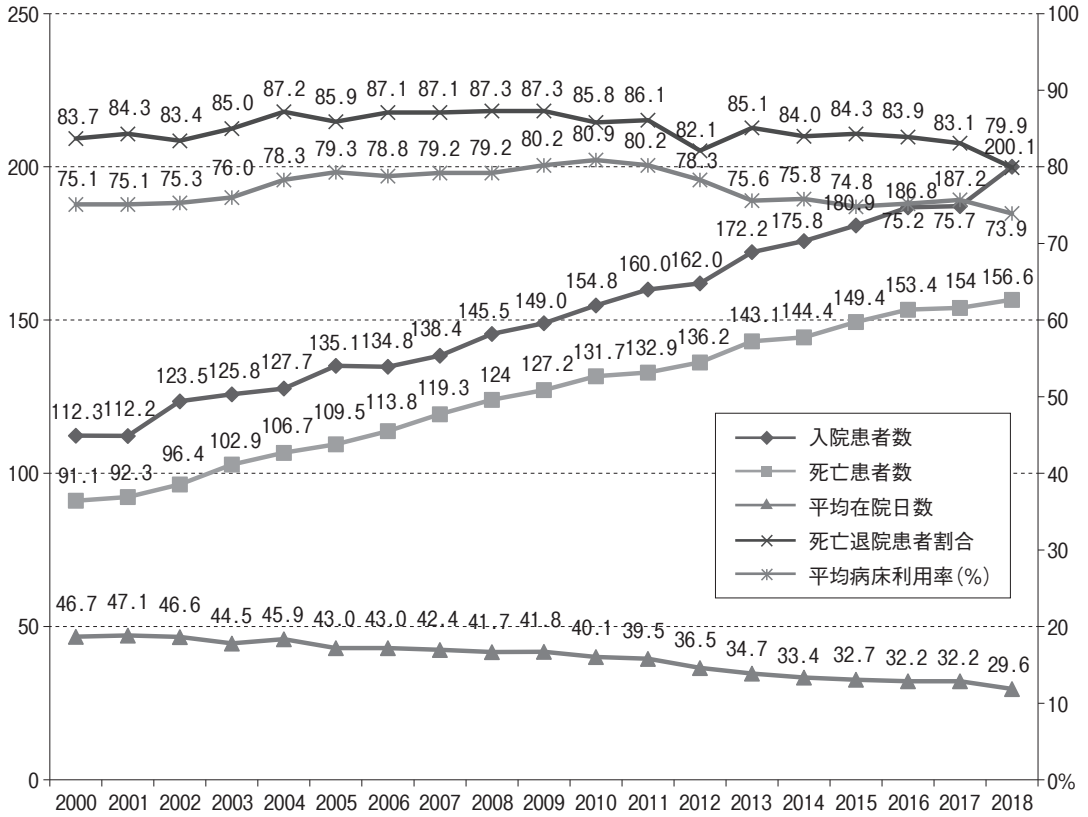
緩和ケアチーム

わが国の緩和ケアチームは，2002 年に診療報酬に緩和ケア診療加算が新設されたことにより制度化された。**図 4** に緩和ケア診療加算の算定施設数の推移を示す。算定施設は 2018 年から 2019 年で 16 施設増加し，2018 年 6 月時点で 391 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。2019 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 520 施設であった。内訳は，都道府県がん診療連携拠点病院が 10.0%，地域がん診療連携拠点病院が 56.3%，上記以外（都道府県独自指定または指定なし）の病院が 33.7% 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 92,244 件であり，平均 186.9 件であった（都道府県拠点病院 363.8，地域がん診療連携拠点病院が 198.5，上記以外の病院が 114.8）。緩和ケアチームのメンバーに専従の身体担当の医師のみがいる割合が 34.8%，精神担当のみが 5.0% であった。専従看護師がいる割合は 65.0% であり，専従または専任の薬剤師がいる割合は 39.0% だった。活動状況は週 5 日以上の活動が 78.1% であり，がん患者の依頼状況は診断から初期治療前が 9.6%，がん治療中が 56.8%，積極的がん治療終了後が 33.6% であった。

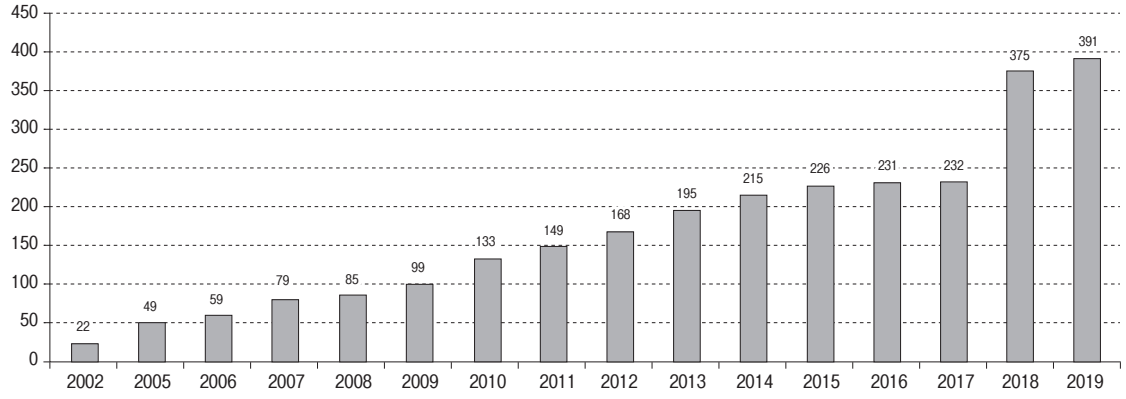
日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録の年次推移を**表 4** に示す。2010 年から 2018 年までの変化をみると依頼内容は疼痛が 6.3% 減少し，疼痛以外の身体症状が 4.0% 増加した。依頼時の PS は経時的にあまり変化はなく，転帰は死亡退院が減少する傾向にある（2010 年の転帰は傾向が他の年度と異なっているがその理由は不明である）。

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



（日本ホスピス緩和ケア協会，2018 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，2018 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）	520	52	293	175	250	244	26
登録数（%）	100	10.0	56.3	33.7	48.1	46.9	5.0
年間がん患者退院数	1,531,962	346,797	915,981	269,184	1,059,357	458,267	14,338
依頼区分が「がん」	92,244	18,186	55,144	18,914	58,506	32,149	1,589
割合	6.0%	5.2%	6.0%	7.0%	5.5%	7.0%	11.1%
緩和ケア外来の有無							
あり	458	52	287	119	241	203	14
「あり」の割合	88.1%	100.0%	98.0%	68.0%	96.4%	83.2%	53.8%
外来緩和ケア管理料の算定有無							
あり	186	26	121	39	134	50	2
「あり」の割合	35.8%	50.0%	41.3%	22.3%	53.6%	20.5%	7.7%
緩和ケア病棟の有無							
あり	145	20	83	42	64	73	8
「あり」の割合	27.9%	38.5%	28.3%	24.0%	25.6%	29.9%	30.8%
緩和ケア診療加算							
あり	288	43	178	67	203	82	3
「あり」の割合	55.4%	82.7%	60.8%	38.3%	81.2%	33.6%	11.5%
[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	18	8	8	2	14	4	0
身体担当医のみ	181	29	117	35	128	51	2
精神担当医のみ	26	4	13	9	11	14	1
両方いない	295	11	155	129	97	175	23
両方いる	3.5%	15.4%	2.7%	1.1%	5.6%	1.6%	0.0%
身体担当医のみ	34.8%	55.8%	39.9%	20.0%	51.2%	20.9%	7.7%
精神担当医のみ	5.0%	7.7%	4.4%	5.1%	4.4%	5.7%	3.8%
両方いない	56.7%	21.2%	52.9%	73.7%	38.8%	71.7%	88.5%
[看護師]							
専従がいる施設・いない施設							
いる	338	49	230	59	199	134	5
「いる」の割合	65.0%	94.2%	78.5%	33.7%	79.6%	54.9%	19.2%
専門看護師または認定看護師がいる施設							
いる	504	52	291	161	249	237	18
「いる」の割合	96.9%	100.0%	99.3%	92.0%	99.6%	97.1%	69.2%
[薬剤師]							
専従または専任がいる施設・いない施設							
いる	203	34	131	38	142	58	3
「いる」の割合	39.0%	65.4%	44.7%	21.7%	56.8%	23.8%	11.5%
[ＭＳＷ]							
専従、専任、兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	417	42	243	132	204	192	21
「いる」の割合	80.2%	80.8%	82.9%	75.4%	81.6%	78.7%	80.8%
[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	277	27	181	69	154	120	3
「いる」の割合	53.3%	51.9%	61.8%	39.4%	61.6%	49.2%	11.5%
[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	391	34	221	136	177	191	23
「いる」の割合	75.2%	65.4%	75.4%	77.7%	70.8%	78.3%	88.5%
[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	452	46	256	150	221	207	24
「いる」の割合	86.9%	88.5%	87.4%	85.7%	88.4%	84.8%	92.3%

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	73	14	48	11	47	26	0
「いる」の割合	14.0%	26.9%	16.4%	6.3%	18.8%	10.7%	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	75	15	40	20	47	27	1
「いる」の割合	14.4%	28.8%	13.7%	11.4%	18.8%	11.1%	3.8%
年間平均依頼件数（がん診療連携拠点病院の指定別）							
指定別依頼件数合計	97,162	18,918	58,153	20,091	61,855	33,631	1,676
年間平均依頼件数	186.9	363.8	198.5	114.8	247.4	137.8	64.5
中央値	137	303	159	85	204.5	99	39

	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	1.5%	0.0%	0.0%	4.6%
週1～2日	15.0%	0.0%	8.2%	30.9%
週3～4日	5.4%	0.0%	6.1%	5.7%
週5～6日	74.2%	96.2%	80.9%	56.6%
週7日	3.9%	3.8%	4.8%	2.3%
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	9.6%	9.6%	10.2%	7.7%
がん治療中	56.8%	56.8%	47.3%	42.1%
積極的がん治療終了後	33.6%	33.6%	42.5%	50.2%
割合合計	100%	100%	100%	100%

（日本ホスピス緩和ケア協会，2019年8月31日時点）

もその概要を知ることができる（4．がん診療連携拠点病院を参照）。

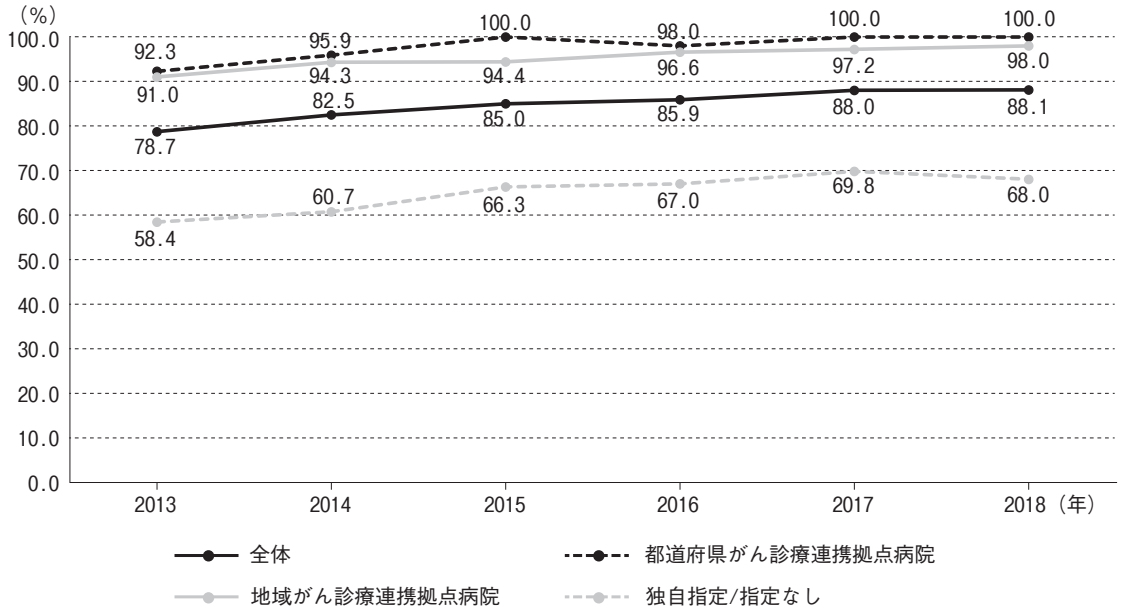
緩和ケアチームに関しては政府統計である医療施設調査の統計もあり，その結果を**表5**に示す。2011年の医療施設調査では861施設が緩和ケアチームありと回答したが，2017年調査では1086施設に増加した（それぞれ一般病院数の11.4%，14.8%）。また，2011年9月に緩和ケアチームが診察した患者数は全国で23,374人であり，新規依頼患者数は5,191人であったが，2017年9月ではそれぞれ30028人，9030人に増加した。医療施設調査の次回の実施は2020年である。なお，拠点病院の現況報告に基づく拠点病院の緩和ケアチームの状況は「4．がん診療連携拠点病院」に記載する。

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98.0%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50.0%，地域拠点病院の41.3%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「4．がん診療連携拠点病院」に記載する。

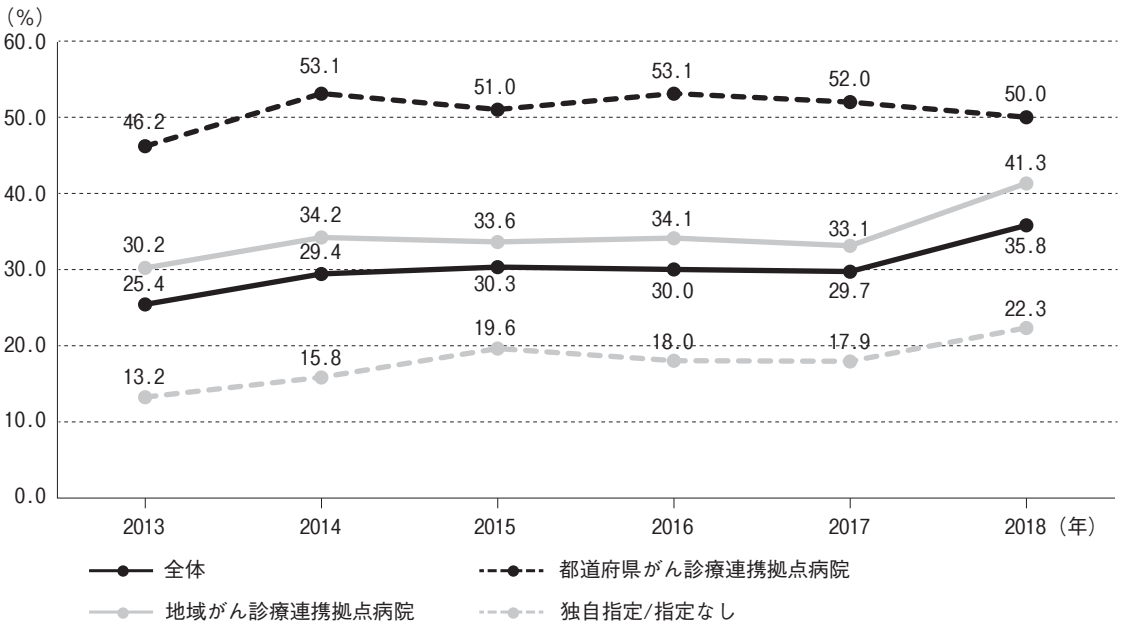
がん診療連携拠点病院

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。2019



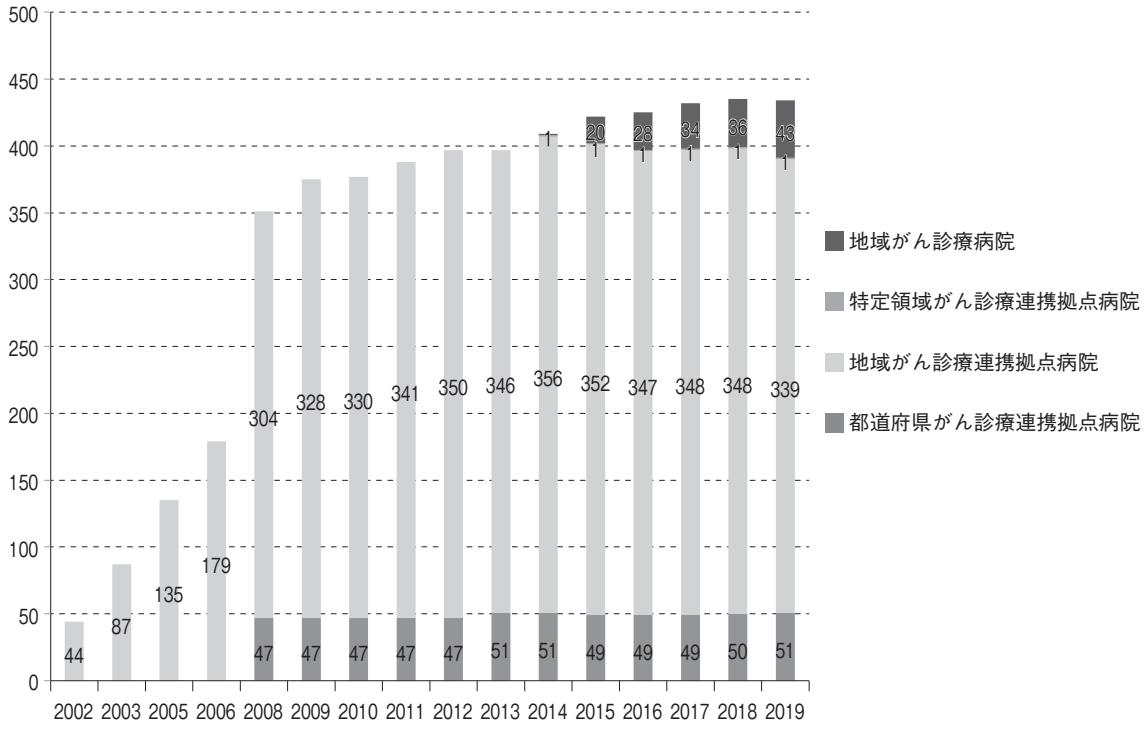
※ 日本緩和医療学会　緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来がある施設の割合
（日本緩和医療学会，2019 年 8 月 31 日時点）

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外来緩和ケア管理料の算定がある施設の割合
（日本緩和医療学会，2019 年）

図 6　外来緩和ケア管理料の算定がある施設割合



※2006 年度までは「がん診療連携病院数推移」
（厚生労働省，2019 年）

図 7　がん診療連携病院数の推移

年では都道府県がん診療連携拠点病院として 51 病院，地域がん診療連携拠点病院として 339 病院，特定領域がん診療連携拠点病院として 1 病院，地域がん診療病院として 43 病院，合計 434 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（2017，2018 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出来なかったため）。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，がん，心疾患（高血圧性を除く）の死亡場所の推移を**図 8，9，10** に示す。2018 年の全死因の自宅死亡の割合は 13.7％であり，がんでは 12.1％，心不全では 21.7% であった。全死因，がん，心疾患の都道府県別の自宅死亡割合を**図 10，11，12** に示す。全死因に関して，自宅死亡割合が高い都道府県は東京都 18.6%，神奈川県 17.6%，奈良県 17.1% であり，一方で，低い都道府県は大分県 8.3%，宮崎県 8.6%，佐賀県 9.0% であった。がんに関して，自宅死亡割合が高い都道府県は神奈川県 18.4%％，東京都 18.0%，奈良県 16.4%％であり，一方で，低い都道府県は秋田県 4.1%，新潟県 4.8%，宮崎県 6.4% であった。

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）

	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし
2010 年度	89.0	135.0	107.0	70.0	36.0
2011 年度	81.0	155.0	92.0	55.0	39.0
2012 年度	90.0	178.0	108.0	63.0	47.5
2013 年度	95.0	177.0	118.0	77.5	54.0
2014 年度	106.0	221.0	128.0	78.0	53.0
2015 年度	113.0	250.0	133.5		74.0
2016 年度	122.0	279.0	140.0		71.5
2017 年度	125.0	302.0	139.0		81.0
2018 年度	137.0	303.0	159.0		85.0

※「地域」は，地域がん診療連携拠点病院，特定領域がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院の合計
※2014 年度登録までは，拠点病院の指定を「都道府県」，「地域」，「都道府県独自」，「指定なし」で区分していた。
2015 年度より「都道府県独自指定」は「指定なし」に含まれる

b. 依頼時の依頼内容（延べ件数）〔がん患者のみ　年次別〕（%）

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
疼痛	18386	28447	32028	38281	42509	79484	50641	52052	56730
	(39.3)	(36.9)	(35.4)	(34.9)	(34.7)	(34.3)	(33.5)	(32.5)	(33.0)
疼痛以外の身体症状	10084	18137	22157	27669	31043	56177	38864	40836	43908
	(21.5)	(23.5)	(24.5)	(25.2)	(25.4)	(24.3)	(25.7)	(25.5)	(25.5)
精神症状	9516	15265	17414	21497	23965	46343	29863	33124	35237
	(20.3)	(19.8)	(19.3)	(19.6)	(19.6)	(20.0)	(19.8)	(20.7)	(20.5)
家族ケア	2562	5110	6218	7456	7892	15627	11020	11129	12176
	(5.5)	(6.6)	(6.9)	(6.8)	(6.5)	(6.8)	(7.3)	(7.0)	(7.1)
倫理的問題	714	947	1079	1609	1404	2290	2692	3330	4612
	(1.5)	(1.2)	(1.2)	(1.5)	(1.1)	(1.0)	(1.8)	(2.1)	(2.7)
地域との連携・退院支援	3734	5120	6128	7799	8212	15223	9842	9902	10885
	(8.0)	(6.6)	(6.8)	(7.1)	(6.7)	(6.6)	(6.5)	(6.2)	(6.3)
その他	1801	4095	5342	5508	7325	16301	8244	9639	8486
	(3.8)	(5.3)	(5.9)	(5.0)	(6.0)	(7.0)	(5.5)	(6.0)	(4.9)
合計（回答なしを除く）	46797	77121	90366	109819	122350	231446	151167	160012	172035
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

c. PS 値（依頼時）〔がん患者のみ　年次別〕の割合（%）

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
PS 0	6.6	5.6	5.1	5.5	5.9	6.2	5.7	6.7	6.6
PS 1	17.0	16.1	17.4	17.1	17.1	19.4	19.0	20.3	20.2
PS 2	24.1	23.2	22.3	23.0	22.7	22.8	22.1	20.2	22.5
PS 3	30.1	30.2	29.7	30.1	30.6	30.1	29.9	29.8	29.8
PS 4	22.1	25.0	25.4	24.3	23.6	21.6	23.3	23.0	21.0

d. 転帰〔がん患者のみ　年次別〕の割合（%）

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
介入終了（生存）	15.4	7.9	9.0	7.8	8.3	8.2	7.8	8.1	8.9
緩和ケア病棟転院	9.2	9.4	10.8	11.0	11.9	12.2	12.7	13.0	13.7
その他の転院	7.1	6.8	6.9	6.7	7.2	7.0	7.1	6.8	7.2
退院	35.4	33.7	34.5	36.1	36.4	38.1	39.1	40.7	39.8
死亡退院	32.9	35.8	33.0	32.8	29.9	28.8	27.5	25.8	24.8
介入継続中	0.0	6.5	5.9	5.7	6.3	5.7	5.8	5.6	5.6
合計（回答なしを除く）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（日本緩和医療学会，2019 年 8 月 31 日時点）

在宅療養支援診療所数の推移を**図 13** 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 10,827 件，連携強化型在宅療養支援診療所は 2,969 件，強化型在宅療養支援診療所は 195 件であり，すべてを合計すると 13,991 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 14** 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 年度に制定された緩和ケア充実診療所の

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）

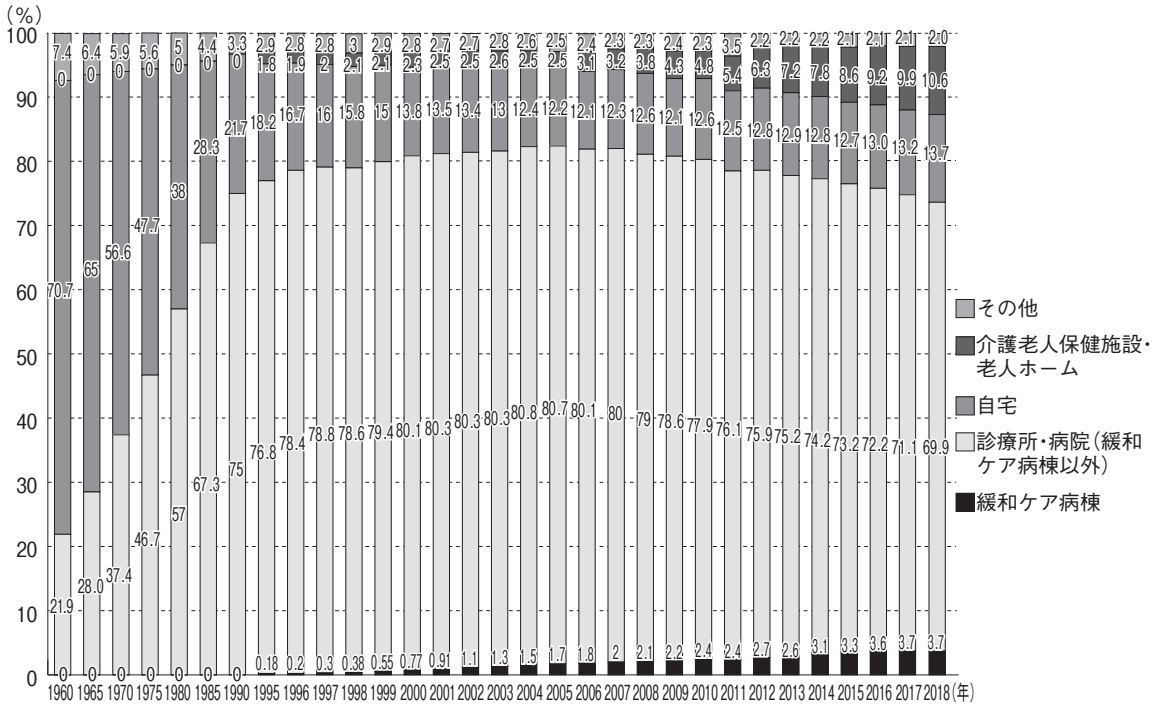
表 6　がん診療連携拠点病院現況報告（全般事項）（2016 年度）

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

（厚生労働省，2016 年度）

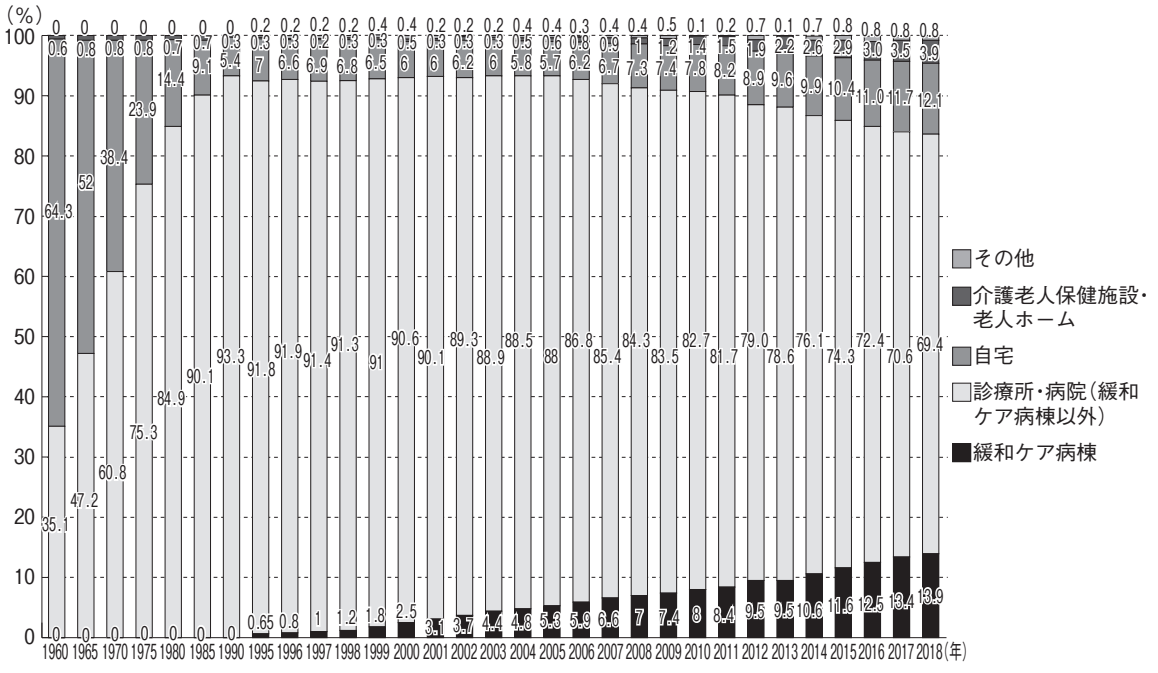
表７　がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2016 年度）

	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，必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めている	399	93%
緩和ケアチーム：院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備	399	93%
外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備	399	93%
緩和ケア外来に地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制の整備	399	93%
緩和ケアチームの看護師の苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等，外来看護業務を支援・強化	399	93%
緩和ケアチームの専従医師の，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%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域に対してわかりやすく広報	399	93%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内の見やすい場所に掲示	154	36%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内誌，チラシ等で広報	113	26%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：ホームページに掲載	215	50%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域の広報誌等で広報	34	8%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：その他の方法で掲載	36	8%



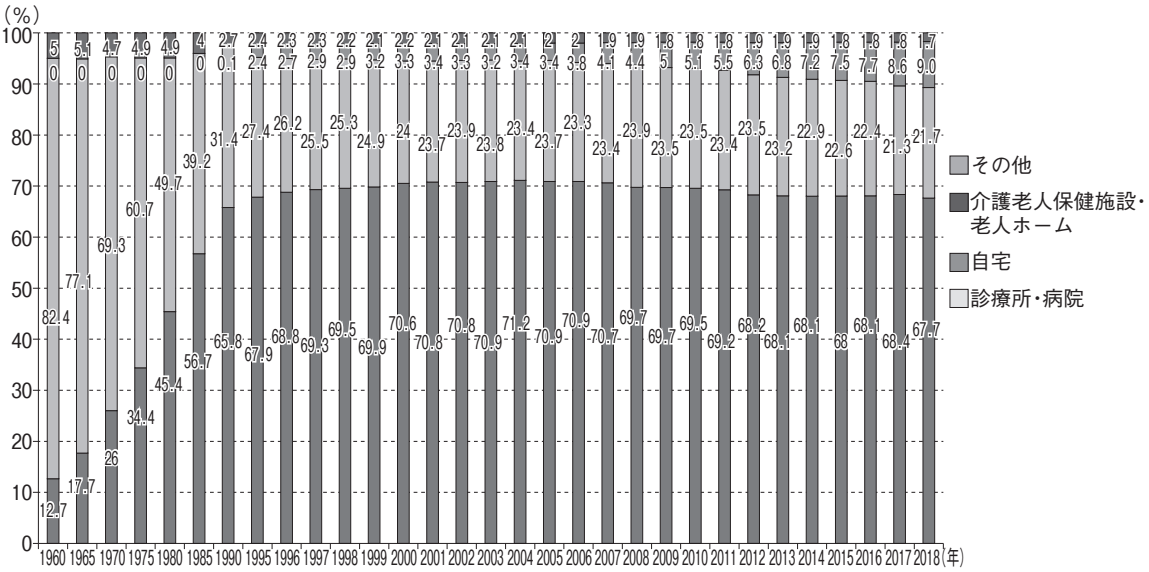
(厚生労働省人口動態統計，2018 年度)

図 8　死亡場所の推移（全死因）



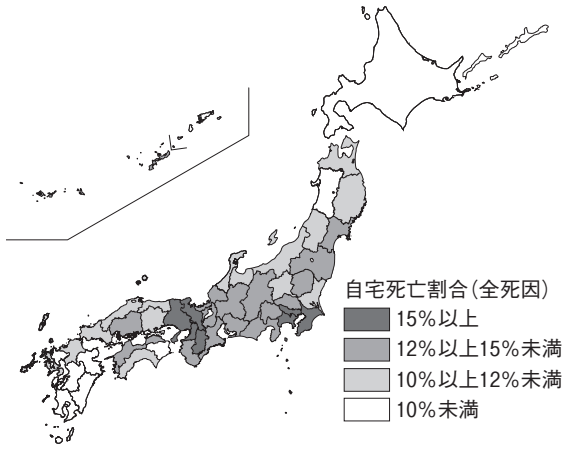
(厚生労働省人口動態統計，2018 年度)

図 9　死亡場所の推移（がん）



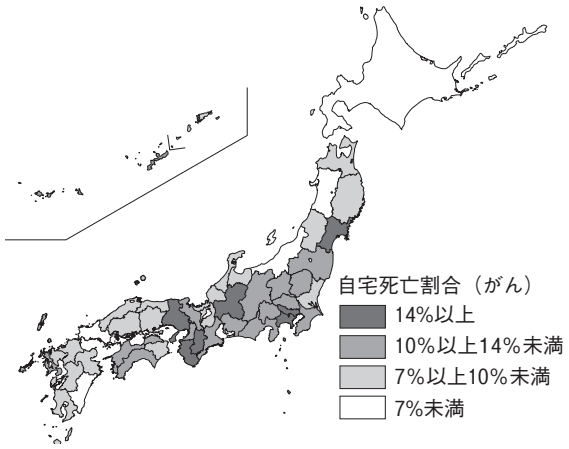
(厚生労働省人口動態統計，2018 年度)

図 9　死亡場所の推移（心疾患，ただし高血圧性を除く）



(厚生労働省人口動態統計，2018 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，2018 年度)

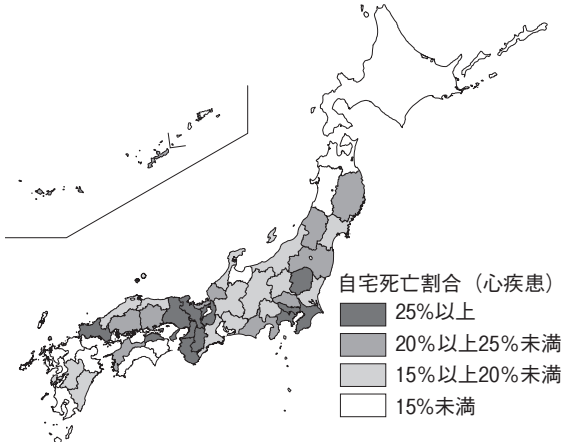
図 11　都道府県別自宅死亡割合（がん）

都道府県別数を**図 15** に示す。全国で 710 施設だった。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 16** に示す。2017 年の届出事業数は 7726 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 時間対応体制加算届出事業数を**図 17** 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。

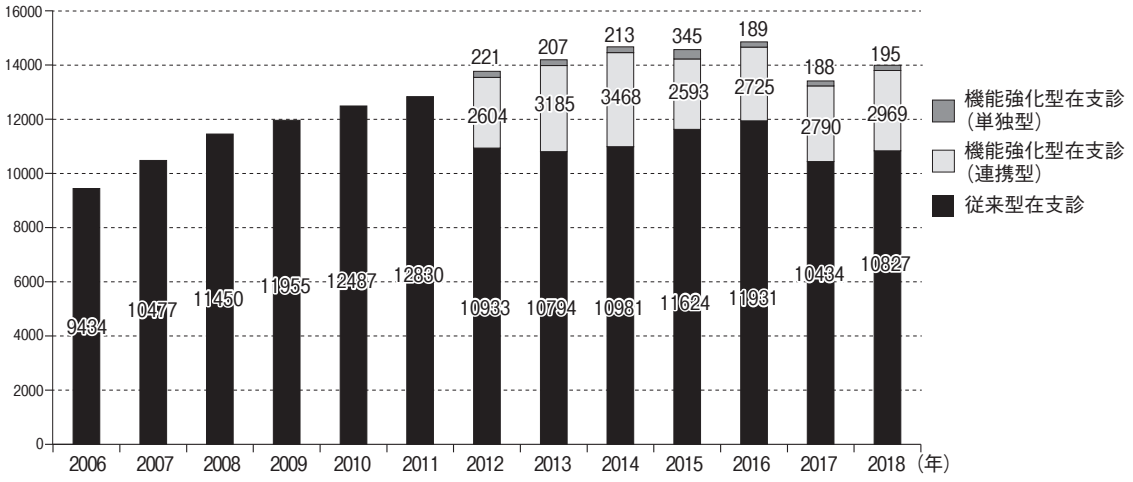
教育・学会

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 18** に示す。2019 年 9 月 30 日までで修



（厚生労働省人口動態統計，2018 年度）

図 12　都道府県別自宅死亡割合（心疾患，ただし高血圧性を除く）



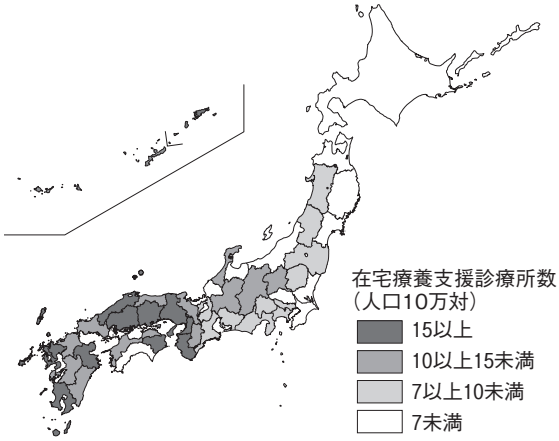
（厚生労働省，2018 年 7 月 1 日現在）

図 13　在宅療養支援診療所数の推移

了者数の合計は，129,738 人であった。また，2019 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 19** に示す。人口 10 万対修了者数が多かった都道府県は島根県 222，和歌山県 174，富山県 168 であり，一方で，少なかった都道府県は埼玉県 51，新潟県 65，千葉県 72 であった。

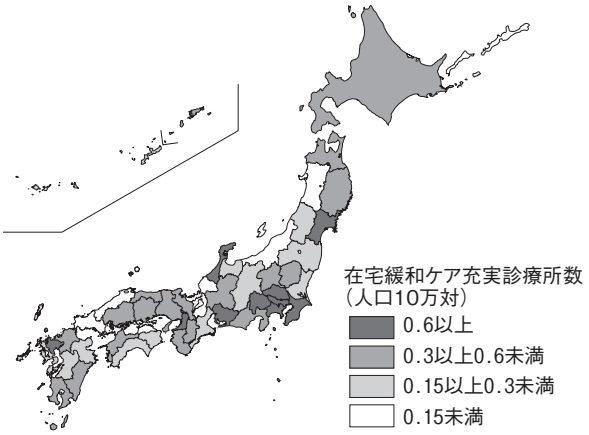
日本緩和医療学会専門医専門医数の推移を**図 20** に，2019 年 4 月 1 日現在の都道府県別専門医数を**図 21** に示す。2019 年 4 月 1 日現在の日本緩和医療学会専門医数は 244 名であり，最大が東京都の 47 名であった。専門医がいない都道府県は 6 あった。

日本看護協会によるがん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数の推移を**図 22** に示す。2020 年 1 月 28 日現在，がん看護専門看護師 881 人，がん性疼痛認定看護師 760 人，緩和ケア認定看護師数 2438 人であり，これらの合計は 4079 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 23** に示す。合計数が多い都道府県は山梨県 8.9，富山



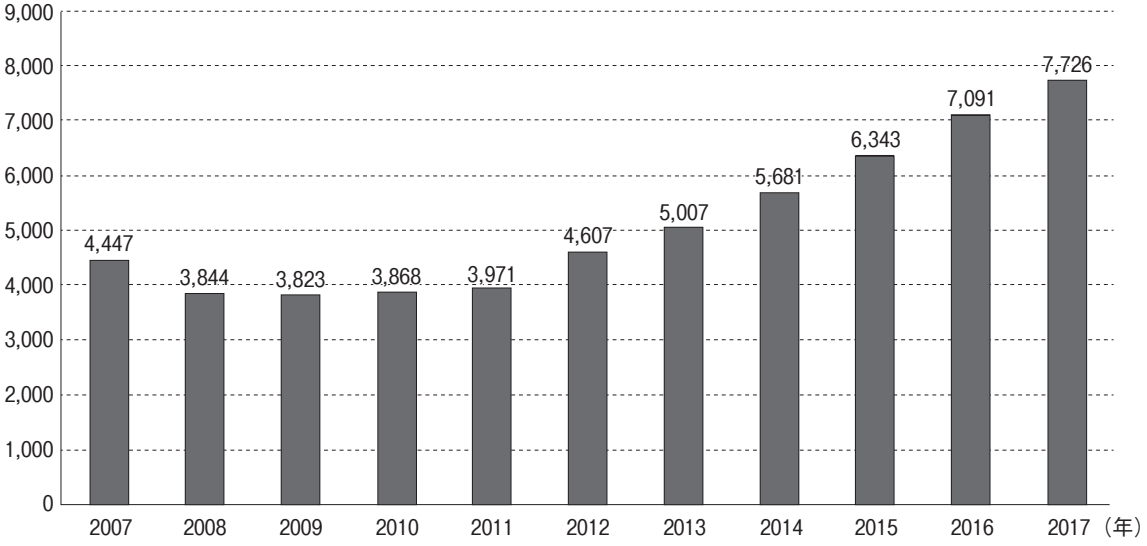
（厚生労働省，2017 年）

図 14　都道府県別在宅療養支援診療所数



（日本ホスピス緩和ケア協会，2019 年 11 月）

図 15　在宅緩和ケア充実診療所（都道府県別）



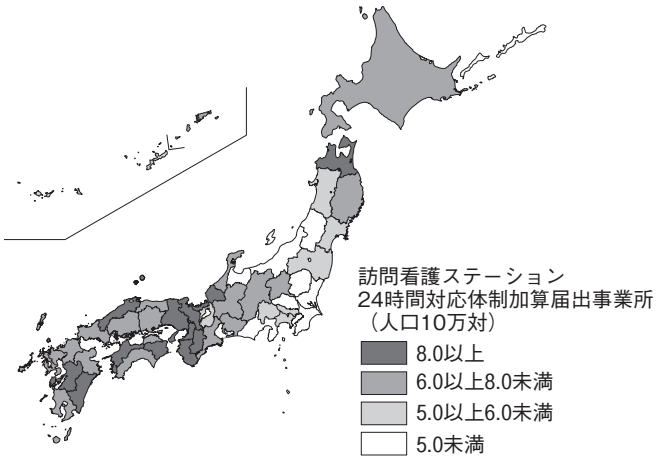
（厚生労働省介護サービス施設・事業所調査，2018 年 10 月 1 日現在）

図 16　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

県 7.0，島根県 5.4 であり，少ない都道府県は埼玉県 2.0，茨城県 2.1 宮崎県 2.2 であった。

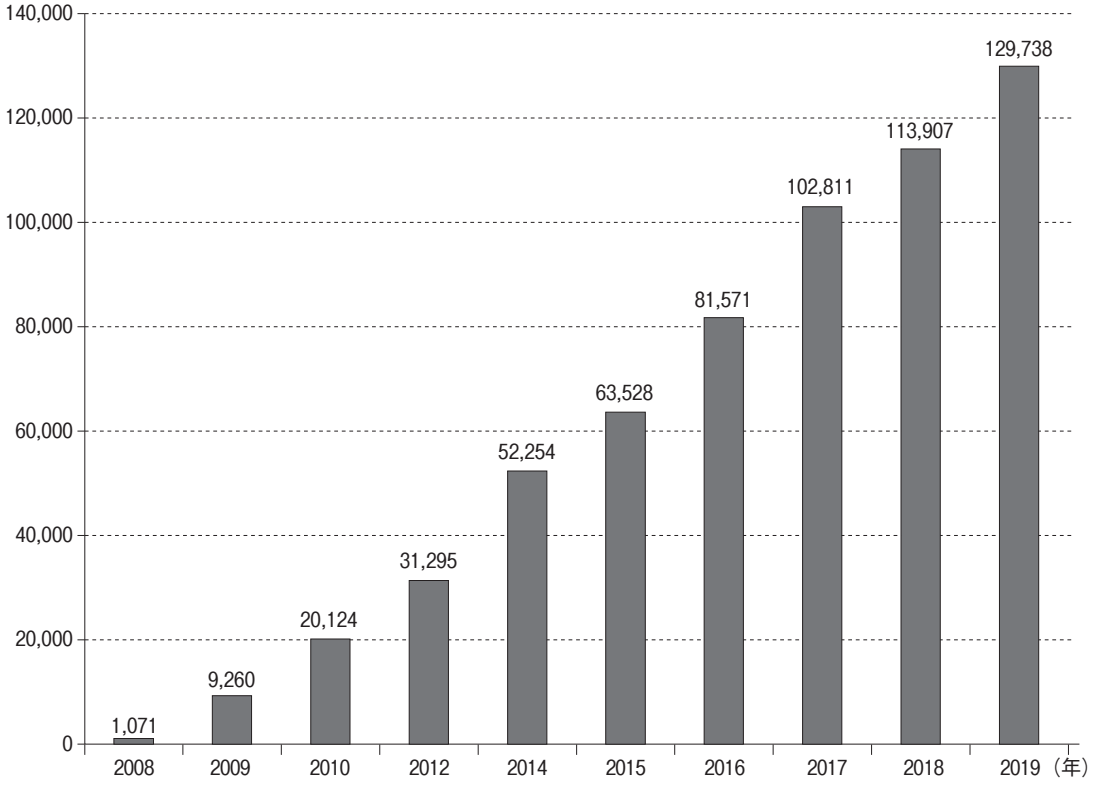
日本緩和医療学会のエンド・オブ・ライフ・ケア教育プログラムである ELNEC-J（The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan）の指導者数の推移を**図 24** に示す。2019 年 4 月 1 日現在，指導者は全国で 2,129 人であった。また，人口 10 万人対都道府県別 ELNEC-J 指導者数を**図 25** に示す。人口 10 万人対指導者数が多かった都道府県は富山県 3.7 人，島根県 3.4 人，京都府 2.8 人，であり，少なかった都道府県は埼玉県 0.9 人，千葉県 1.0 人，静岡県 1.0 人であった。

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 26** に示す。2019 年 4 月 1 日における累積の受講者数の合計は 32,054 人であった。また，2019 年 4 月 1 日現在の人口 10 万人対都道府県別 ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの累積受講者数を**図 27** に示す。人口 10 万人対



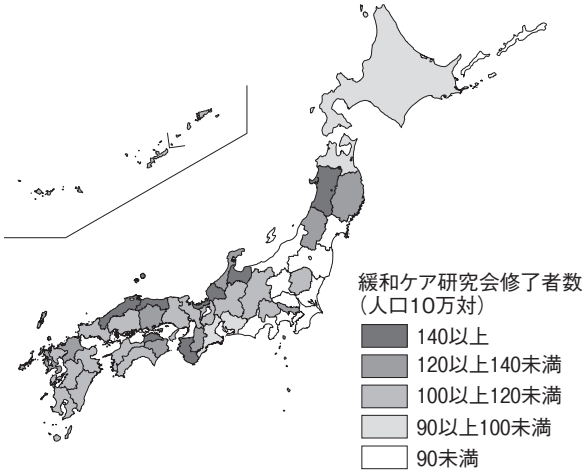
（厚生労働省介護サービス施設・事業所調査，2018 年 10 月 1 日現在）

図 17　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



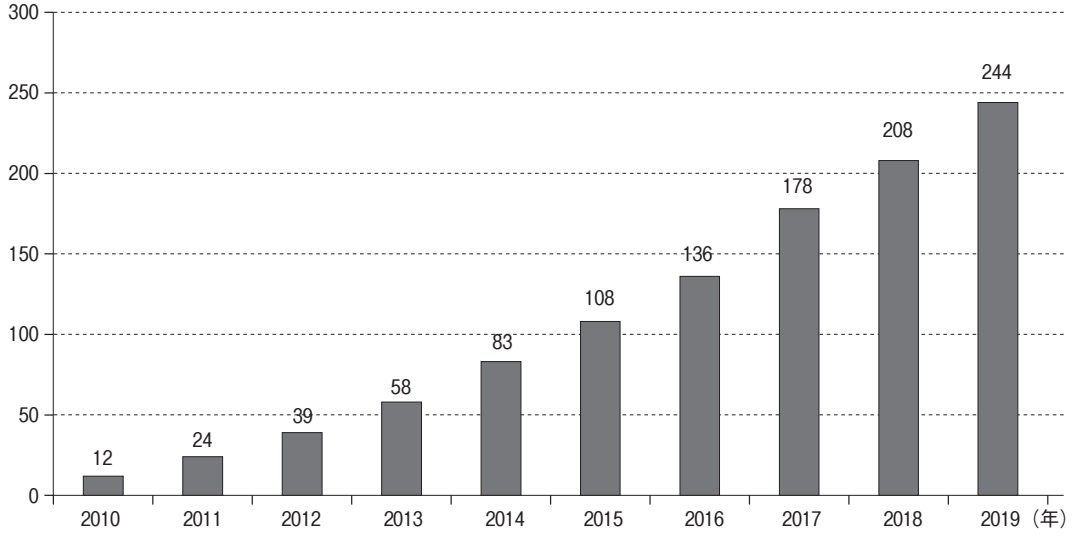
（厚生労働省，2019 年 9 月 30 日現在）

図 18 「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



（厚生労働省，2019 年 9 月 30 日現在）

図 19　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



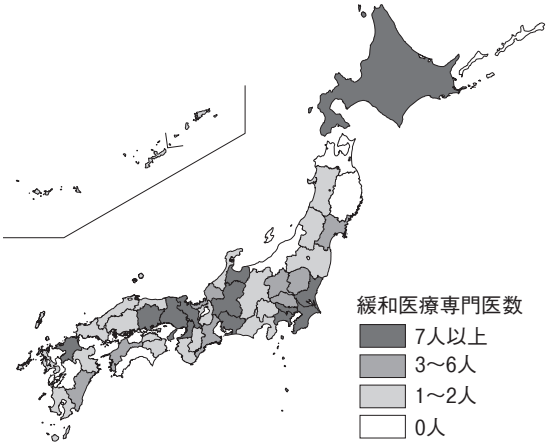
（日本緩和医療学会，2019 年 4 月 1 日現在）

＊ 2010 年度から日本緩和医療学会専門医制度が開始

図 20　日本緩和医療学会専門医数の推移

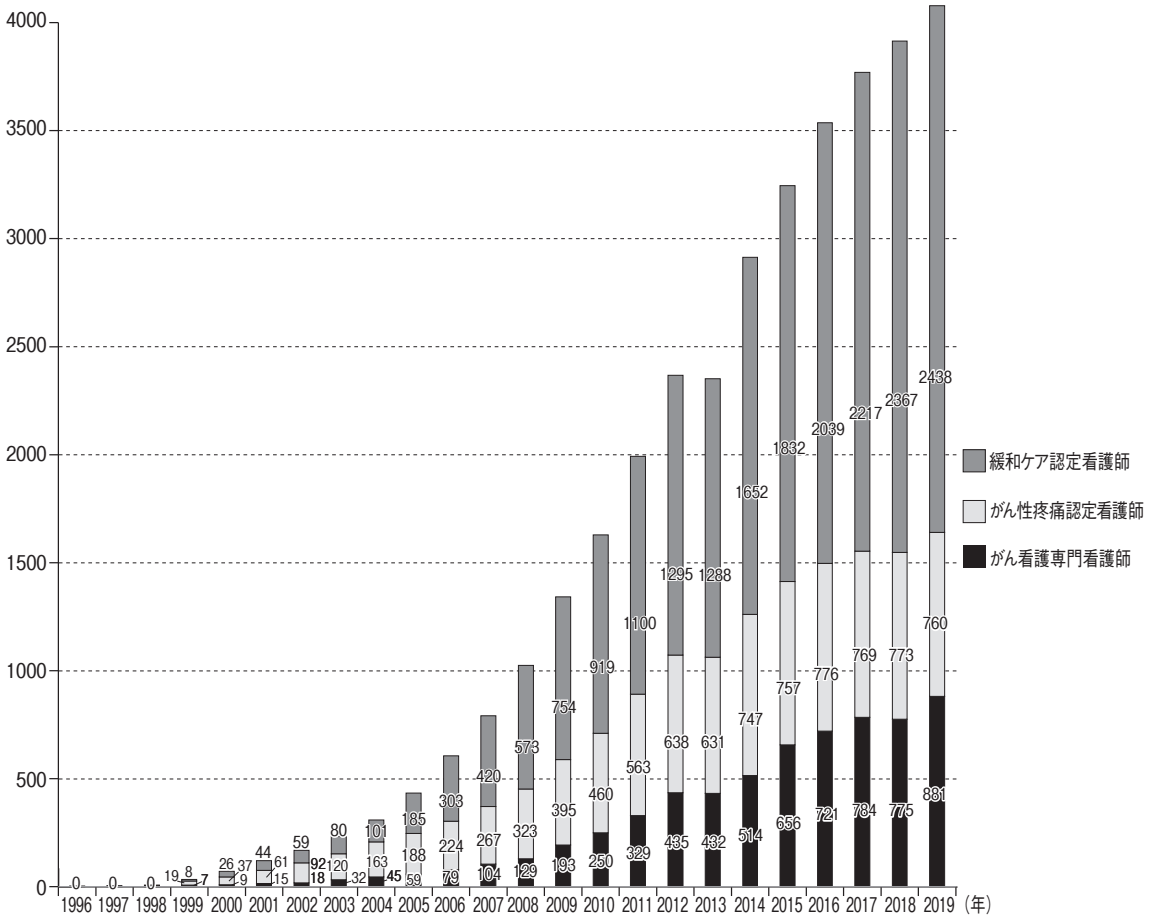
受講者数が多かった都道府県は島根県 91.0 人，鹿児島県 83.6 人，山梨県 61.2 人であり，少なかった都道府県は佐賀県 8.2 人，静岡県 9.3 人，神奈川県 10.9 人であった

日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を**図 28** に示す。2019 年 3 月，緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で 722 人であった。2018 年 3 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 29** 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 1.32 人，石川県 1.22 人，岡山県 1.00 であり，少なかった都道府県は，山梨県 0.12 人，宮崎県



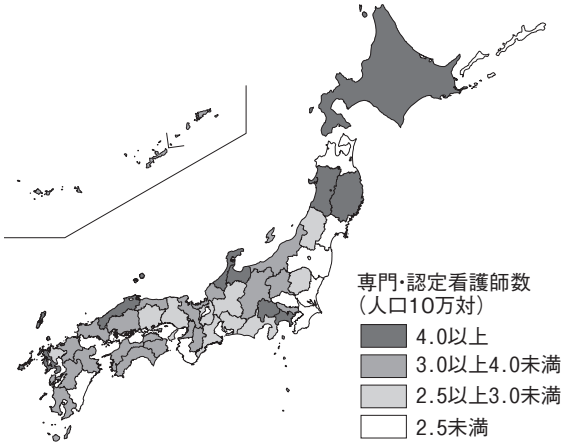
（日本緩和医療学会，2019 年 4 月 1 日現在）

図 21　都道府県別日本緩和医療学会専門医数



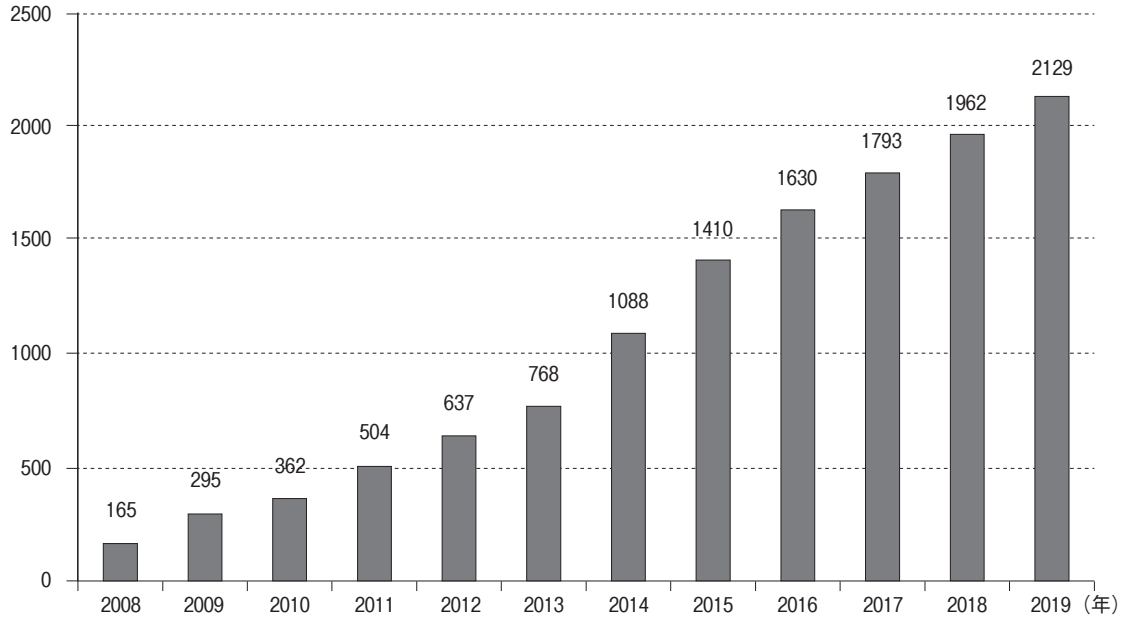
（日本看護協会，2020 年 1 月 28 日現在）

図 22　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，2020 年 1 月 28 日現在）

図 23　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

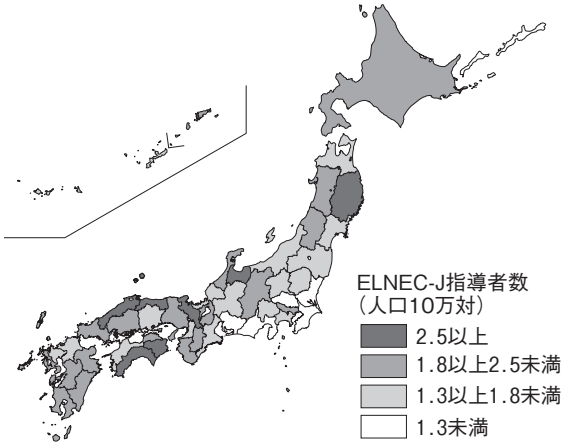


（日本緩和医療学会，2019 年 4 月 1 日現在）

図 24　ELNEC-J 指導者数の推移

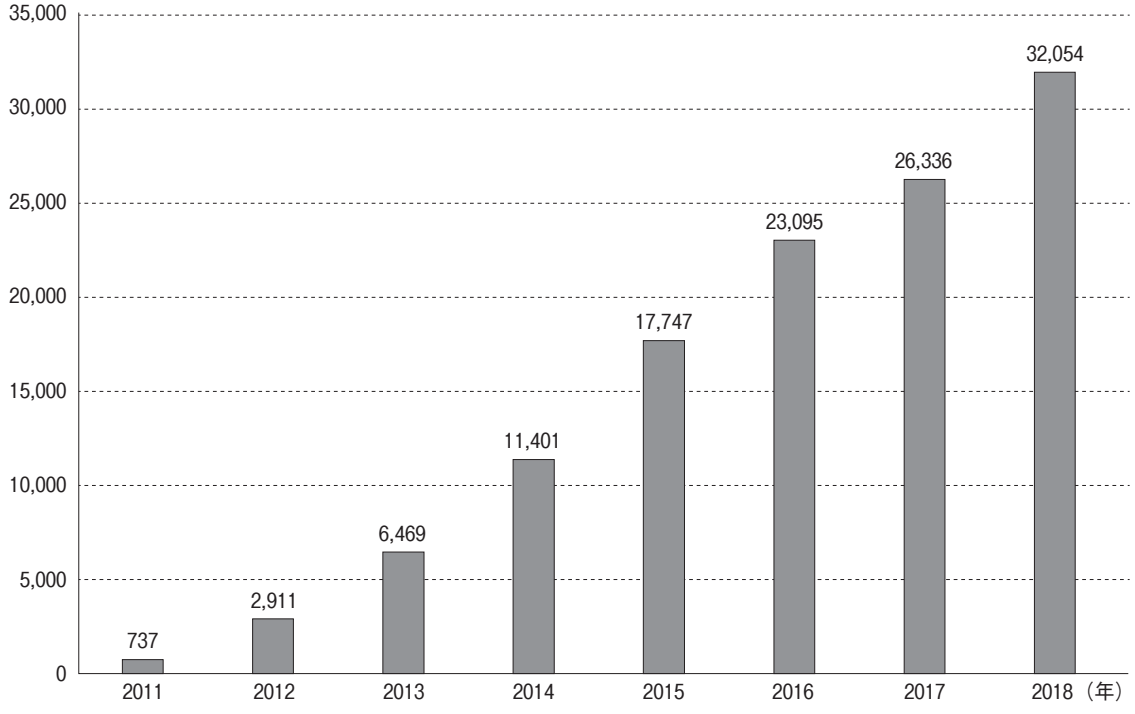
0.19，秋田県 0.20 人であった。

日本緩和医療学会の会員数の推移を**図 30** に示す。2019 年 4 月現在の総会員数は 12,786 人であり，前年よりも 133 人増加した。職種別では医師が 6,217 人（49%），看護師が 4,651 人（36%），薬剤師が 1,058 人（8%）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 31** に示す。2019 年 9 月 1 日現在の総会員数は 1,922 人であり，医師が 904 人（47%），看護職が 451 人（23%），心理職が 340 人（18%）であった。日本がん看護



（日本緩和医療学会，2019 年 4 月 1 日現在）

図 25　都道府県別 ELNEC-J 指導者数



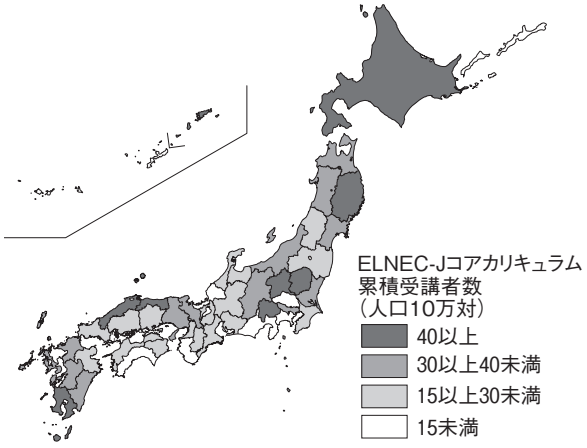
（日本緩和医療学会，2019 年）

図 26　ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの受講者数の推移

学会の会員数の推移を**図 32** に示す。2020 年 1 月 17 日現在の総会員数は 5,389 人であった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を**図 33** に示す。2020 年 1 月 24 日現在の会員数は 4,014 人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を**図 34** に示す。2017 年 12 月 25 日現在の会員数は 2,875 人であった。

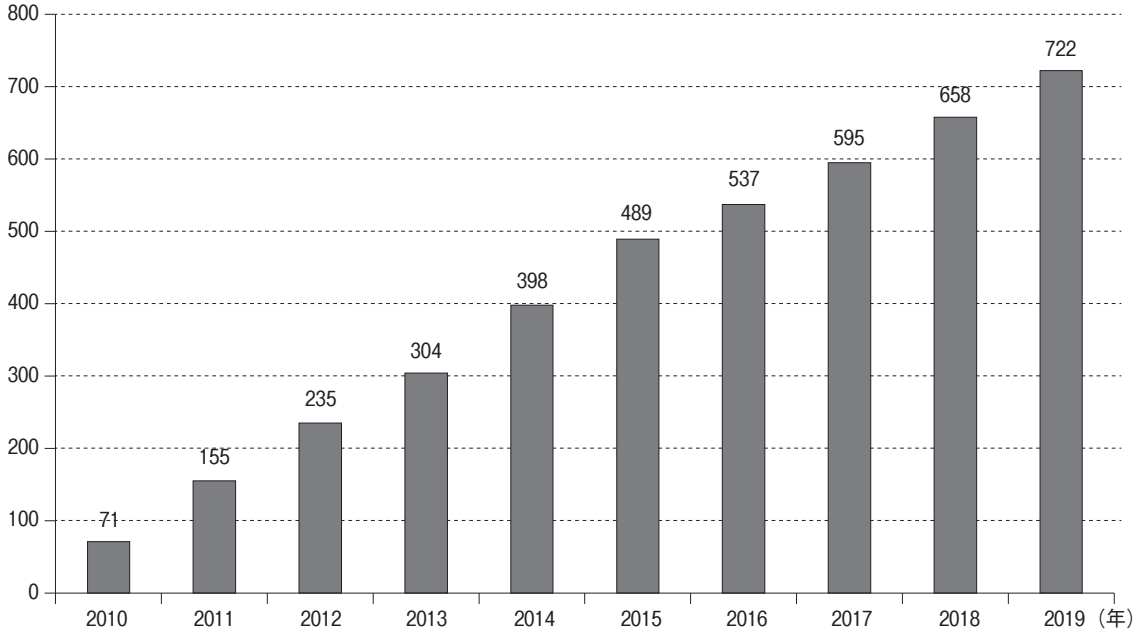
診療報酬

社会医療診療行為別調査にもとづく緩和ケア診療加算，緩和ケア病棟入院料，がん性疼痛緩和指



（日本緩和医療学会，2019 年）

図 27　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

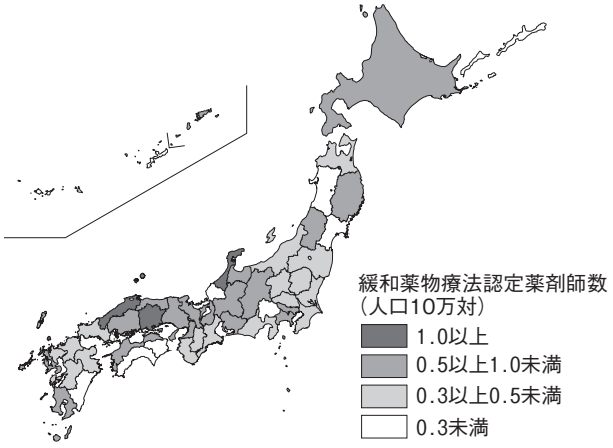


（日本緩和医療薬学会，2019 年 3 月現在）

図 28　緩和薬物療法認定薬剤師数の推移

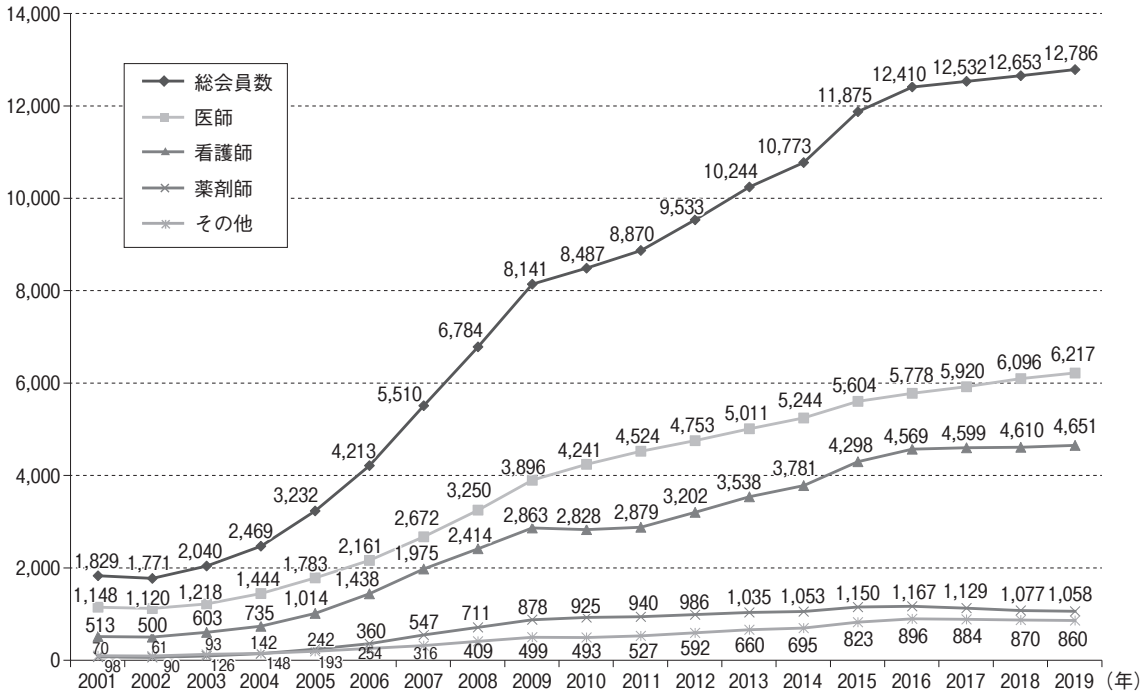
導管理料の算定数の全国推計の推移を**図 35** ～**図 37** に示す。本調査は 2014 年まで抽出調査であったため，緩和ケア診療加算，緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく，標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。

同じく社会医療診療行為別調査に基づく在宅ターミナルケア加算，看取り加算，死亡診断加算の算定数を**図 38** に示す。また，在宅がん医療総合診療料等を**図 39**，在宅患者訪問看護・指導料等を**図 40**，麻薬管理等関する加算を**図 41**，在宅悪性腫瘍患者指導管理料等を**図 42** に示す。がん患者指導管理料 1 ～ 3 について**図 43** に示す。



（日本緩和医療薬学会，2019 年 3 月現在）

図 29　都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数

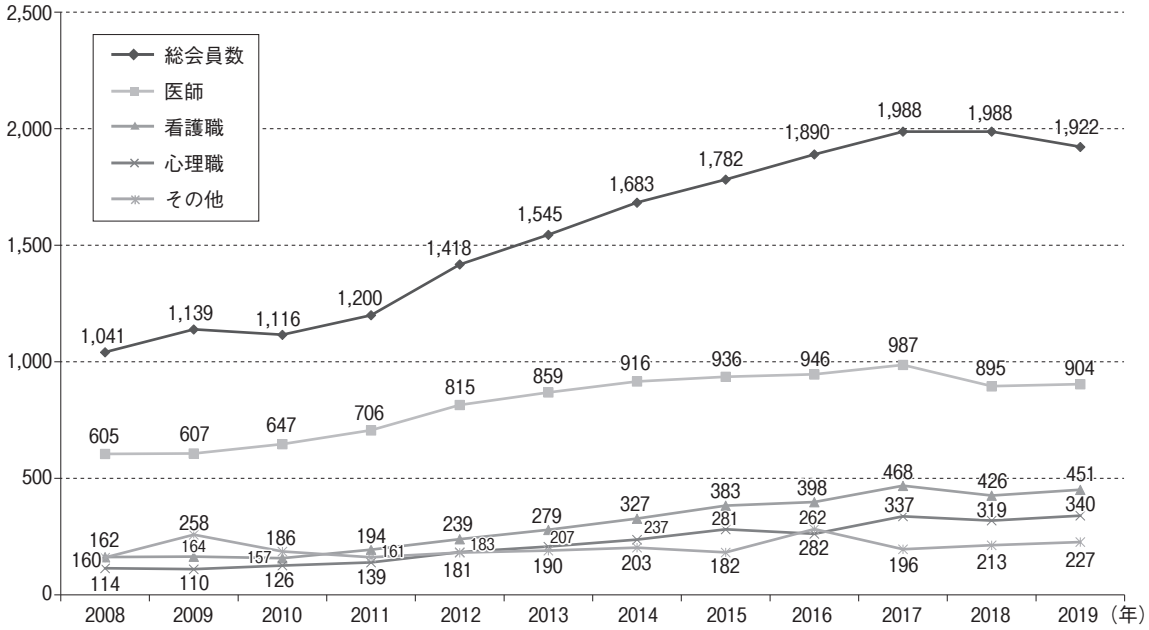


（日本緩和医療学会，2019 年 4 月現在）

図 30　日本緩和医療学会会員数の推移

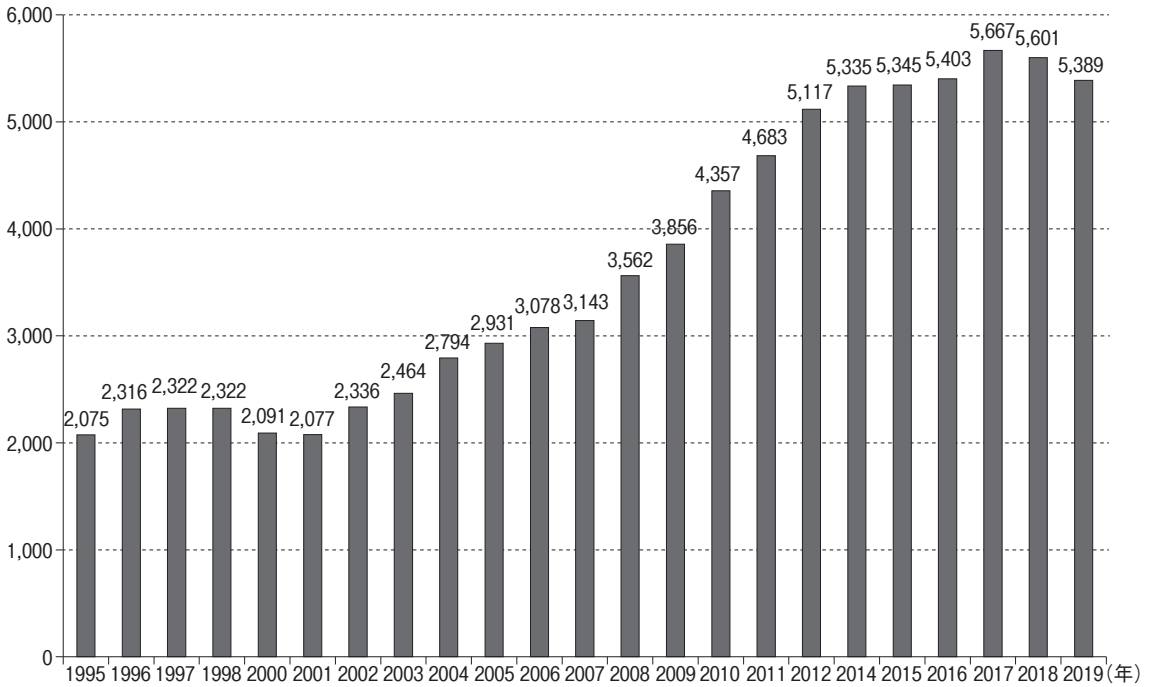
2016 年度から新たに追加された在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について**図 44** に示す。

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 45**～**図 55** 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 45**，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 46**，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）の全ての緩和ケア病棟入院料に占める割合を**図 47**，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 48**，同（入院）を**図 49** に示す。同様に NDB オー



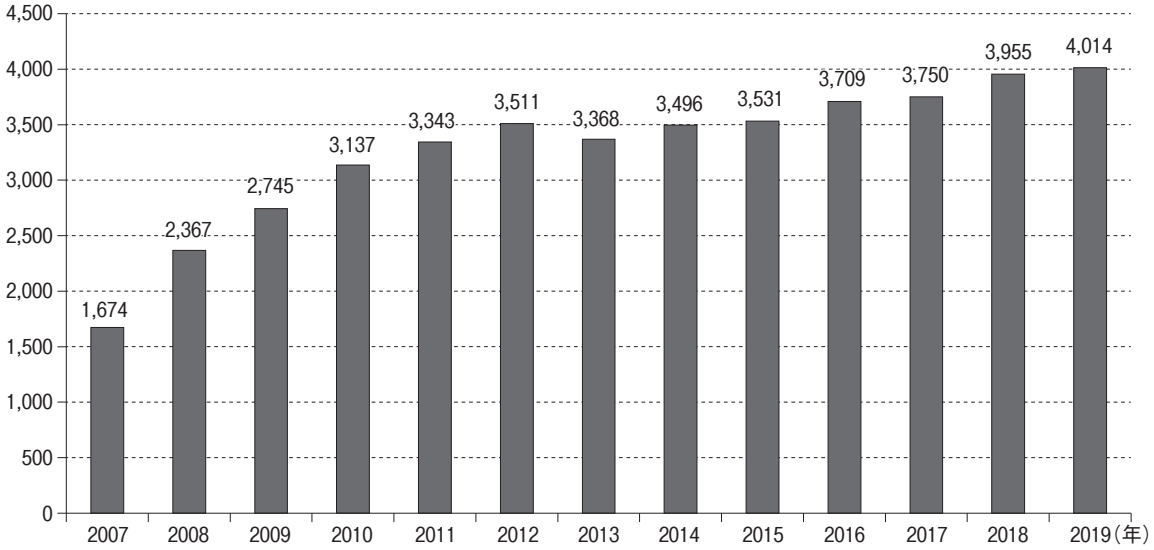
（日本サイコオンコロジー学会，2019 年 9 月 1 日現在）

図 31　日本サイコオンコロジー学会会員数の推移



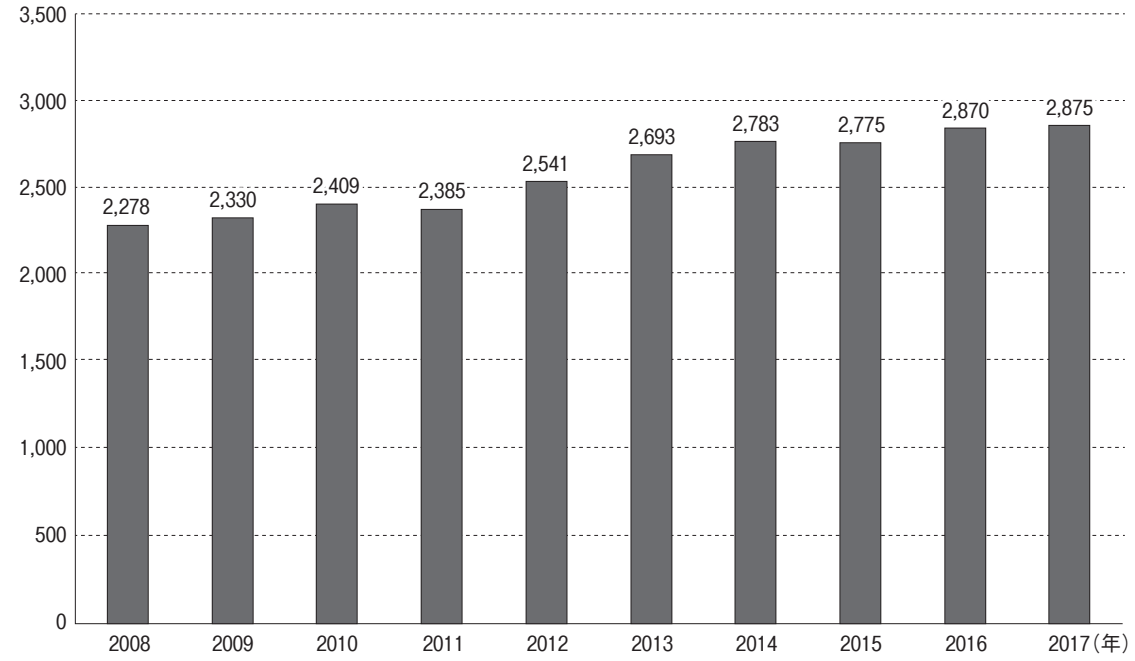
（日本がん看護学会，2020 年 1 月 17 日現在）

図 32　日本がん看護学会会員数の推移



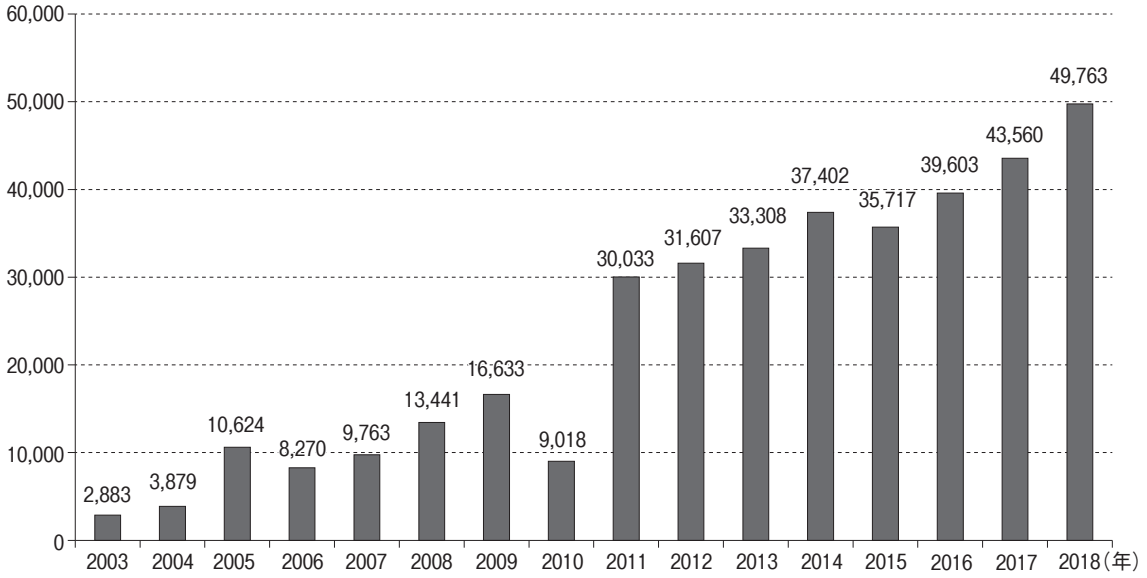
(日本緩和医療薬学会, 2020 年 1 月 24 日現在)

図 33　日本緩和医療薬学会会員数の推移



(2017 年 12 月 25 日現在)

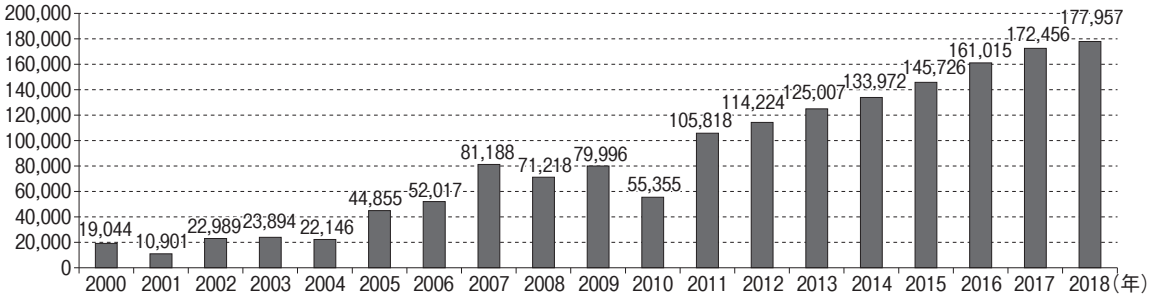
図 34　日本死の臨床研究会会員数の推移



（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）

※ 各年，6 月審査分

図 35　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，2019 年 6 月現在）

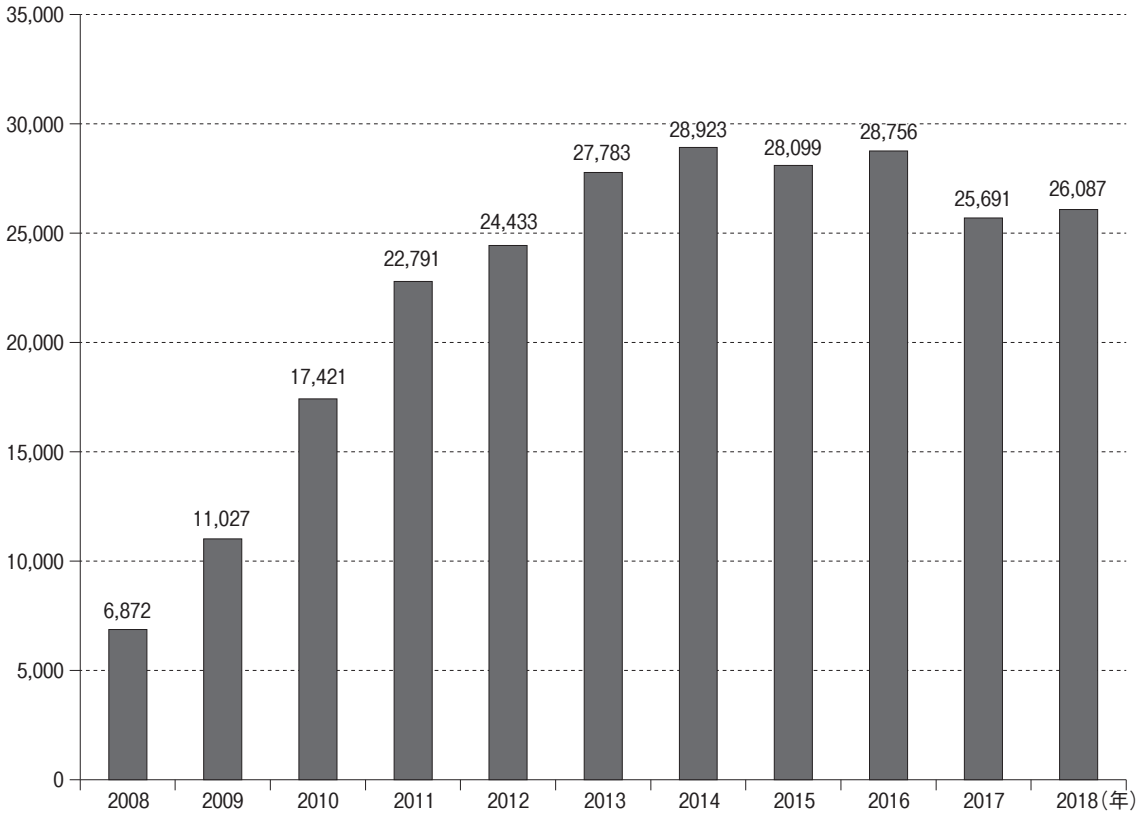
※ 各年，6 月審査分

図 36　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

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 50**～**図 52**，同（入院）を**図 53**～**図 55** に示す。

医療用麻薬

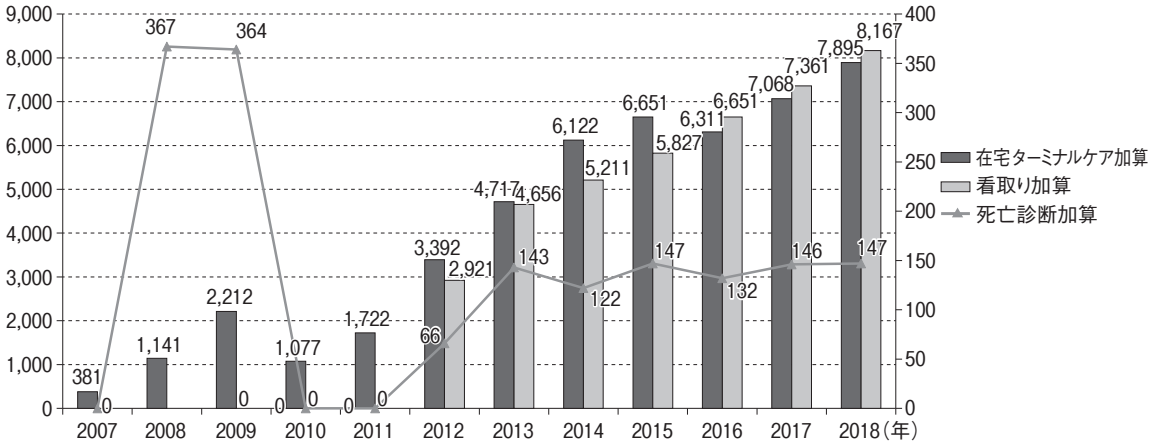
人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移を**図 56** に示す。2017 年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ 1.5g，オキシコドン 6.0g，フェンタニル 28.8g であり，合計は 36.3g であった。2017 年の都道府県別口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）を**図 57** に示す。人口千対消費量が多かった都道府県は北海道 43.8g，鳥取県 41.1g，青森県 40.4g であり，少なかった都道府県は静岡県 23.2g，三重県 23.6g，京都府 24.1g であった。



（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）

※ 各年，6 月審査分

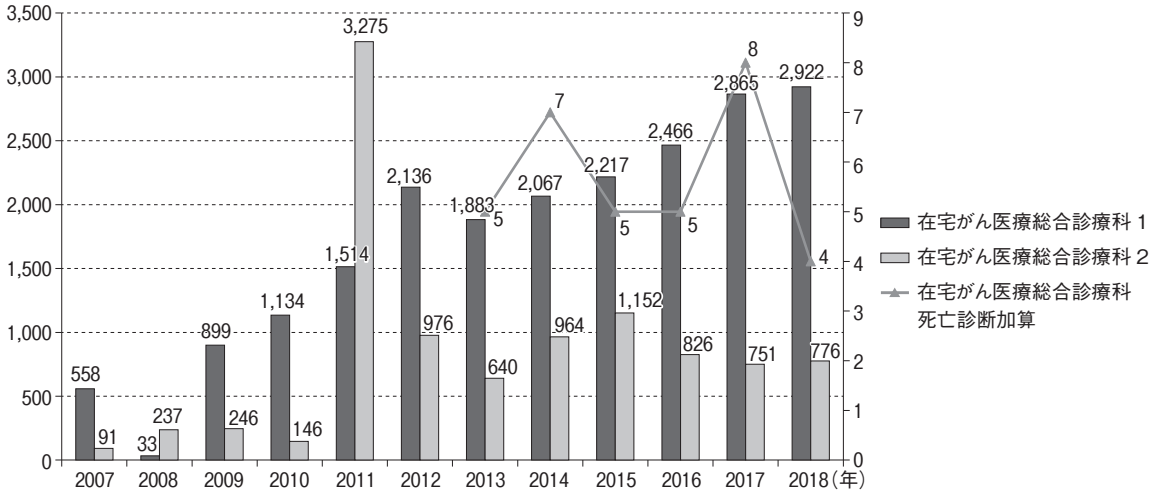
図 37　社会医療診療行為別調査にもとづくがん性疼痛緩和指導管理料算定数



（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2018 年 6 月現在）

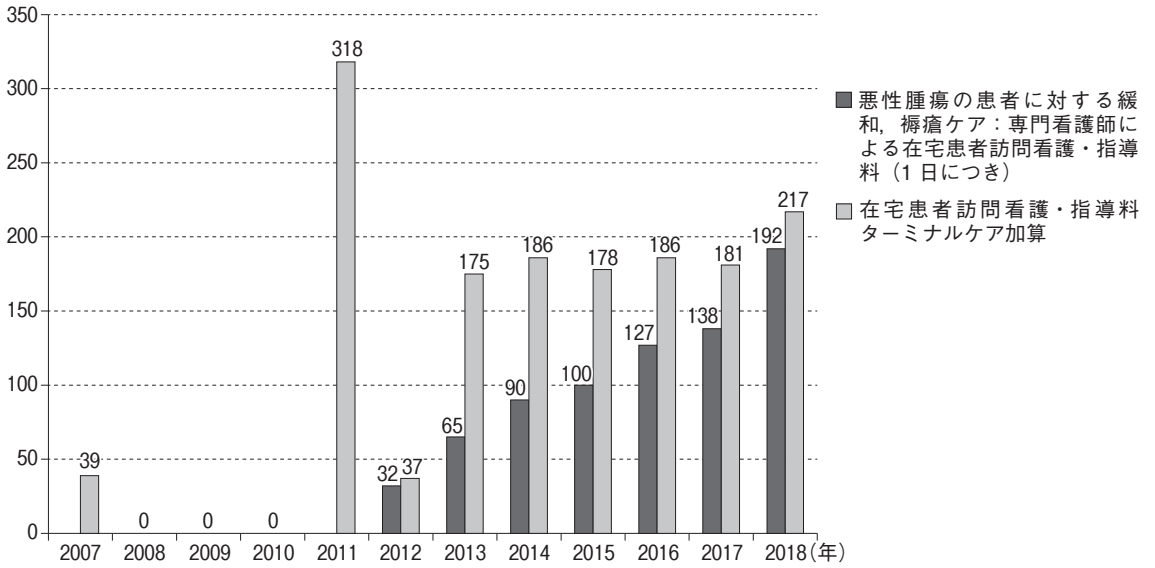
※ 各年，6 月審査分

図 38　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



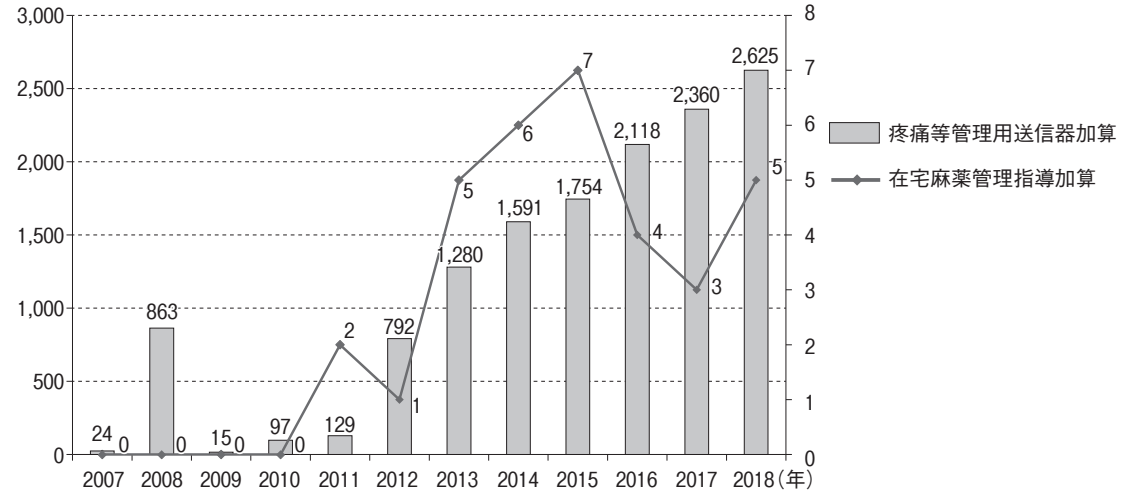
＊2007 ～ 2011 年は名称が「在宅末期医療総合診療料」であったが，2012 年以降は「在宅がん医療総合心療科」へ変更
（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）
※ 各年，6 月審査分

図 39　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，2019 年 6 月現在）
※ 各年，6 月審査分

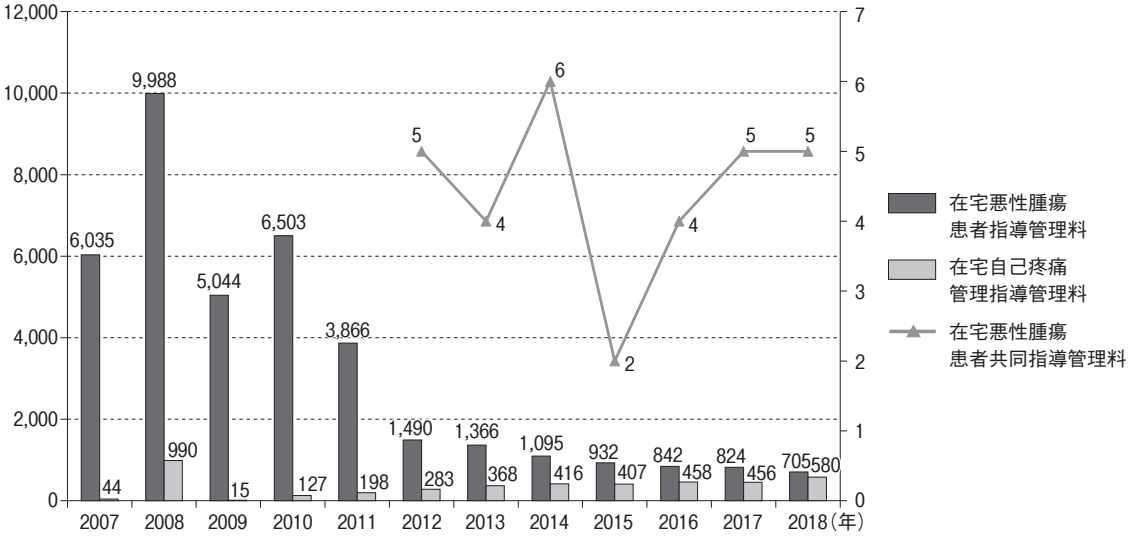
図 40　社会医療診療行為別調査にもとづく在宅患者訪問看護・指導料



（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）

※ 各年，6 月審査分

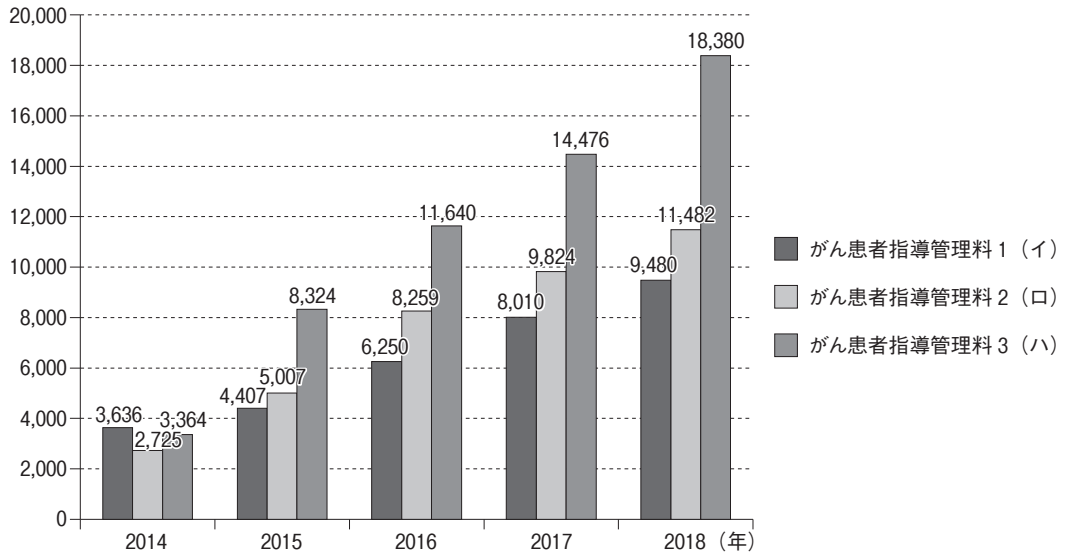
図 41　社会医療診療行為別調査にもとづく麻薬管理等に関する加算



（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）

※ 各年，6 月審査分

図 42　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



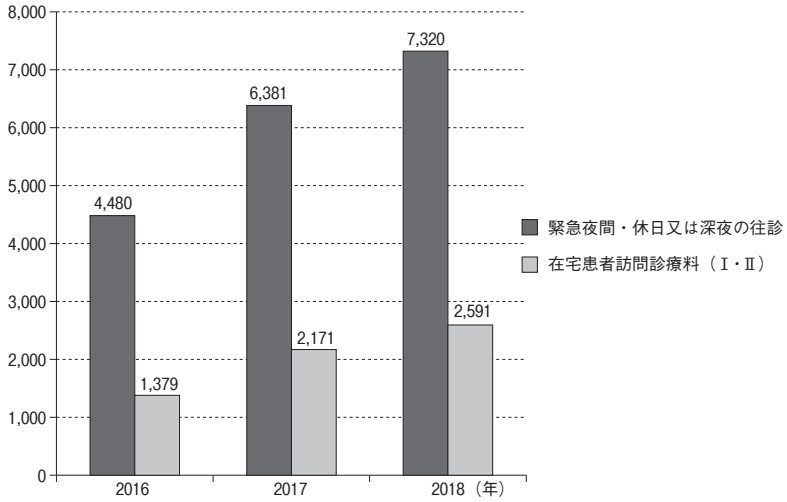
*2014 年　がん患者指導管理料が策定された（以前はがん患者カウンセリング料だったが、がん患者指導管理料2やがん患者指導管理料3の内容は含まれていなかった）

*2018 年　名称が「がん患者指導管理料１・２・３」から「がん患者指導管理料イ・ロ・ハ」に変更

※ 各年，6 月審査分

（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）

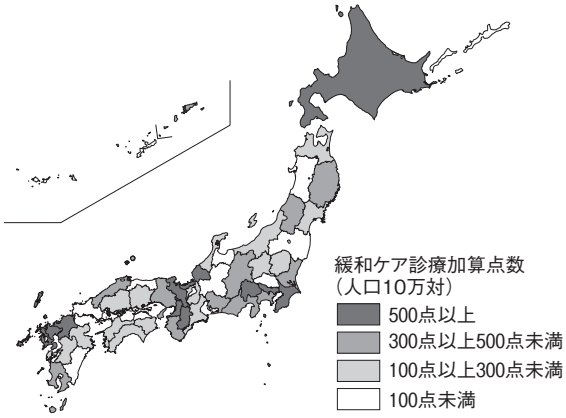
図 43　社会医療診療行為別調査にもとづくがん患者指導管理料



（厚生労働省．社会医療診療行為別調査，2019 年 6 月現在）

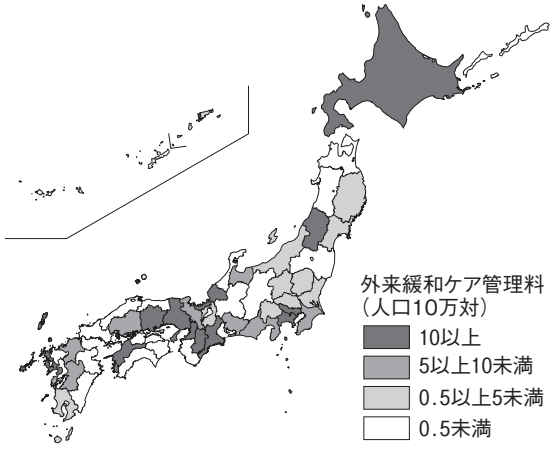
※ 各年，6 月審査分

図 44　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



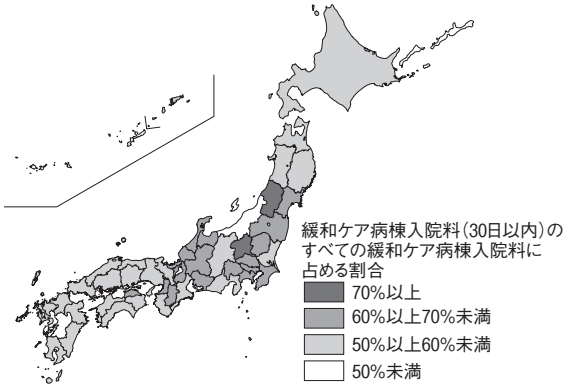
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 45　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



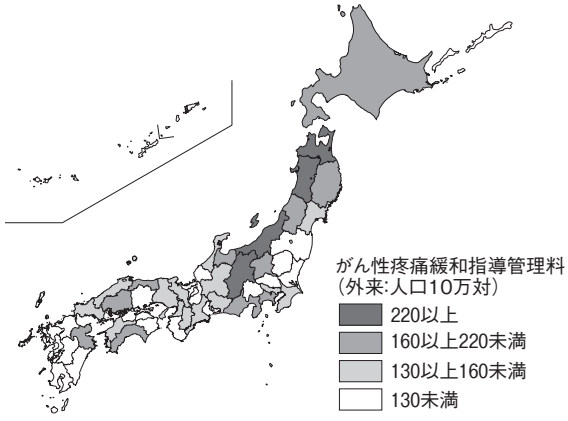
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 46　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



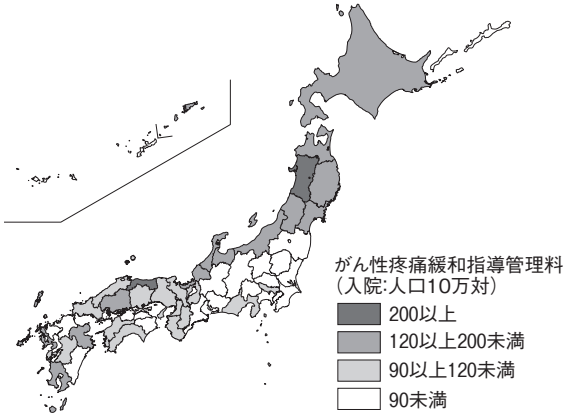
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 47　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



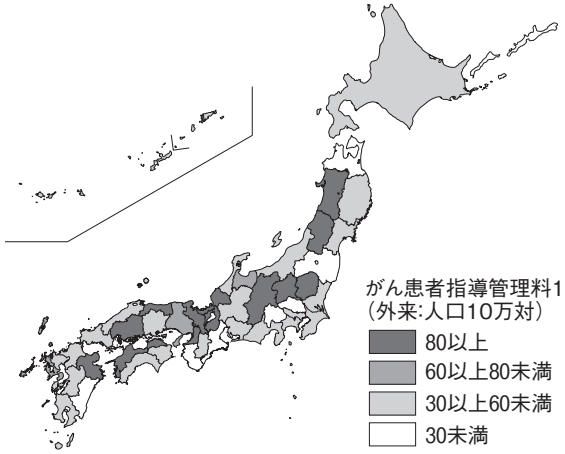
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 48　NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料（外来）



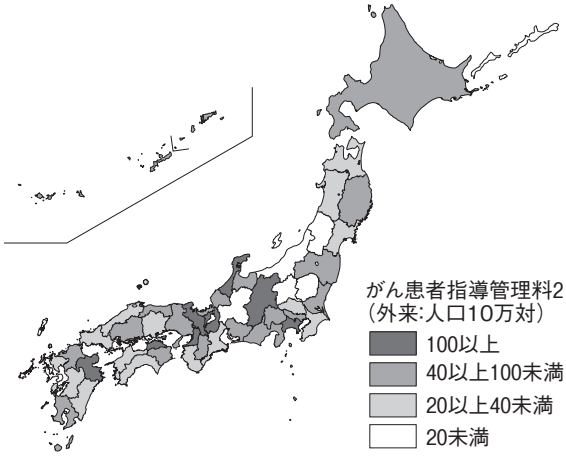
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 49　NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料（入院）



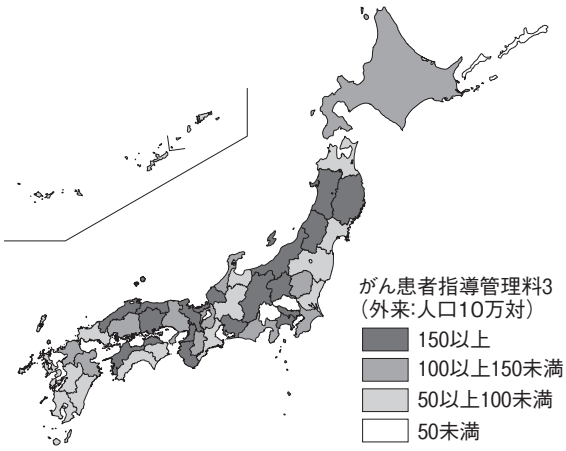
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 50　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1（外来）



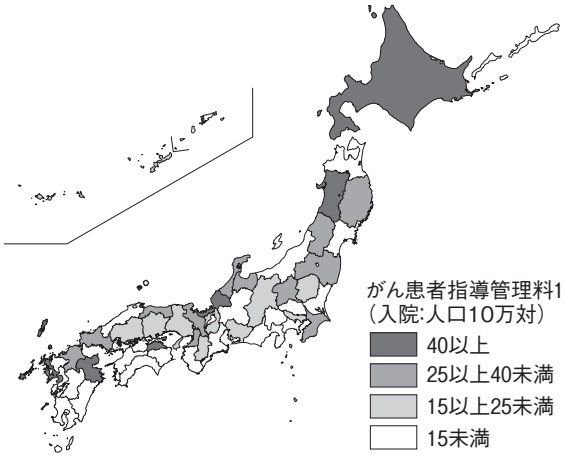
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

図 51　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2（外来）



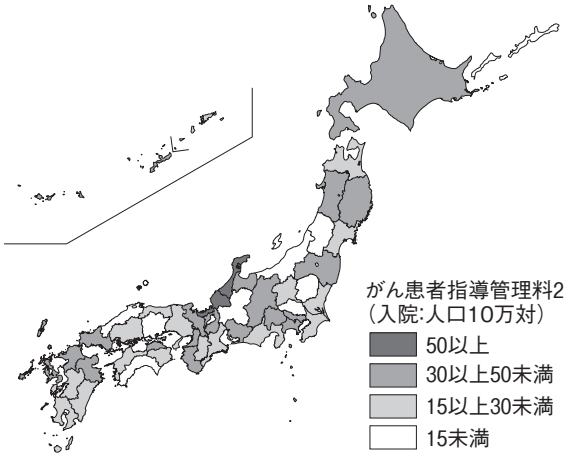
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

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 3（外来）



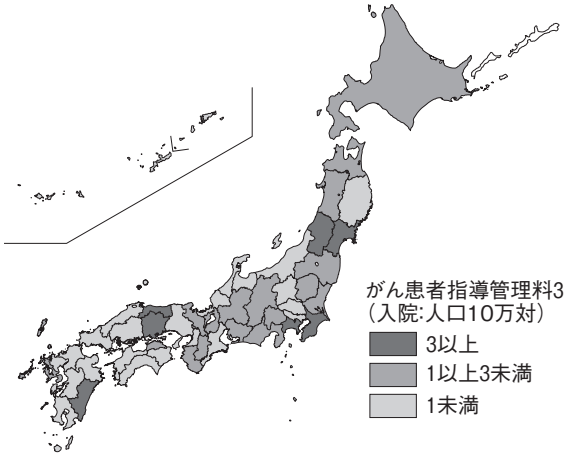
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

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 1（入院）



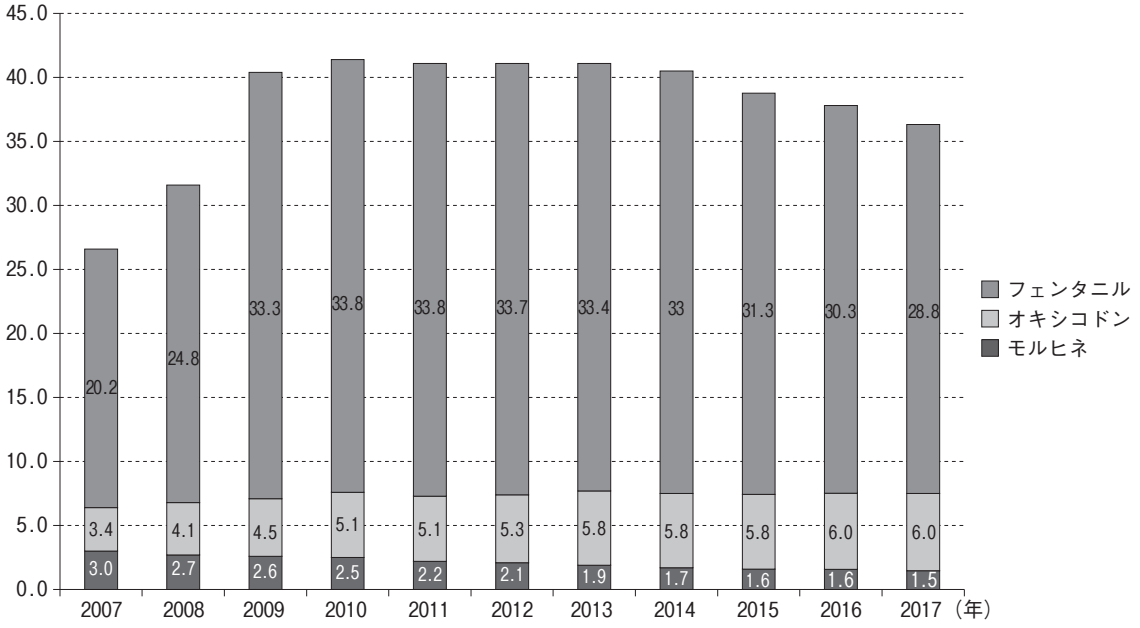
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

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 2（入院）



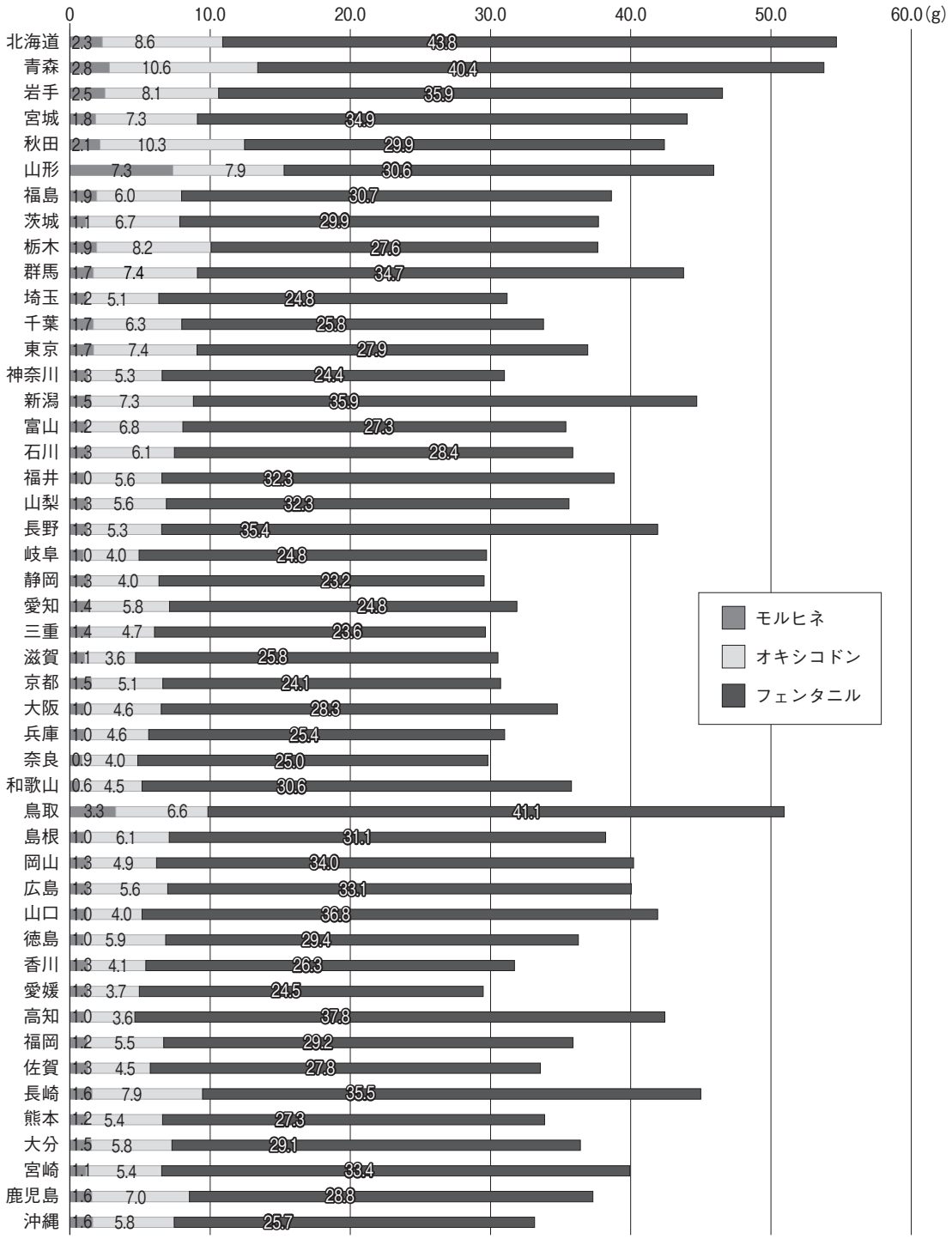
（厚生労働省．第 4 回 NDB オープンデータより，2019 年度）

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 3（入院）



（厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課，2017 年度）

図 56　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，2017 年度）

図 57　都道府県別人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）

付表　本稿で用いた都道府県別データ

都道府県	人口（単位　千人）	がん死亡者数	緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合（%）	自宅死亡割合（全死因）（%）	自宅死亡割合（がん患者）（%）	自宅死亡割合（心疾患患者）（%）	在宅療養支援診療所届出数（人口10万対）	在宅緩和ケア充実診療所数（人口10万対）	訪問看護ステーション24時間対応体制加算（人口10万対）	緩和ケア研修会修了者数（人口10万対）	緩和医療専門医数	がん専門看護師数
年次	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2017	2019	2017	2019	2019	2019
総数	126443	373584	13.9	13.7	12.1	21.7	10.6	0.56	6.1	102.6	243	881
北海道	5286	19442	14.8	9.8	6.8	14.9	5.3	0.55	6.8	97.0	9	50
青森	1263	4947	6.3	11.0	7.2	12.4	6.3	0.32	8.8	95.2	0	4
岩手	1241	4446	10.3	11.2	7.2	20.4	5.0	0.32	6.7	123.4	0	9
宮城	2316	6626	12.8	14.8	14.3	18.0	5.4	0.60	5.2	73.1	4	12
秋田	981	4147	11.9	9.6	4.1	10.8	7.1	0.10	5.6	150.8	2	10
山形	1090	3905	6.7	11.1	9.6	22.2	7.4	0.18	5.0	132.5	1	5
福島	1864	6263	5.8	13.5	10.2	23.3	8.2	0.27	5.7	83.5	2	6
茨城	2877	8984	13.0	11.6	8.8	19.1	6.3	0.17	4.4	76.7	7	9
栃木	1946	5789	13.0	14.5	13.3	25.1	7.3	0.51	3.9	113.3	3	14
群馬	1952	6088	14.7	11.1	11.3	15.4	11.8	0.31	7.3	87.3	5	24
埼玉	7330	19475	10.2	14.1	12.6	24.4	6.0	0.68	4.3	51.2	4	19
千葉	6255	16993	11.6	15.6	13.4	26.9	5.5	0.75	4.0	71.9	9	32
東京都	13822	34129	11.3	18.6	18.0	25.8	10.0	1.04	5.7	123.2	47	138
神奈川	9177	24030	11.5	17.6	18.4	25.4	8.5	0.92	5.6	73.9	9	73
新潟	2246	7838	7.2	10.2	4.8	17.3	5.5	0.04	4.5	65.3	0	18
富山	1050	3440	9.7	10.9	9.7	10.1	5.7	0.29	4.8	168.2	8	10
石川	1143	3530	8.3	10.2	8.8	15.1	12.6	0.61	7.1	121.5	2	10
福井	774	2386	21.3	13.0	9.3	24.0	6.3	0.13	8.2	149.2	4	8
山梨	817	2473	6.9	13.1	13.0	15.7	7.2	0.61	5.8	117.4	1	5
長野	2063	6312	13.8	12.3	11.6	18.2	12.2	0.29	7.1	118.4	2	6
岐阜	1997	6132	15.9	14.1	15.2	18.1	12.0	0.50	7.0	101.4	7	14
静岡	3659	10836	3.0	14.3	13.6	20.5	9.1	0.52	4.8	77.8	1	26
愛知	7537	19496	16.9	13.7	11.5	16.9	9.9	0.73	6.5	98.5	13	39
三重	1791	5130	18.3	13.5	13.5	19.5	9.6	0.17	6.4	95.0	4	18
滋賀	1412	3651	19.2	14.0	9.8	27.1	9.9	0.07	5.9	117.3	1	8
京都	2591	7711	14.9	15.0	13.6	29.4	12.5	0.42	8.0	120.0	8	26
大阪	8813	25793	10.9	16.7	13.8	33.2	18.1	0.64	9.2	109.5	20	56
兵庫	5484	16167	20.1	16.7	15.6	25.6	15.2	0.51	9.0	100.8	23	48
奈良	1339	4041	10.2	17.1	16.4	31.4	11.1	0.52	8.0	128.0	2	11
和歌山	935	3319	1.8	13.5	14.9	25.3	17.1	0.43	9.6	174.4	2	4
鳥取	560	1851	21.3	11.8	9.0	18.3	13.3	0.54	7.4	147.1	2	4
島根	680	2417	11.9	10.7	7.5	18.9	17.1	0.00	9.2	222.1	2	4
岡山	1898	5679	13.9	11.5	8.3	23.9	15.8	0.53	6.6	132.1	7	17
広島	2817	8346	16.2	13.4	9.8	22.5	19.2	0.32	7.9	119.7	1	22
山口	1370	4886	19.3	10.3	6.8	25.4	10.3	0.15	7.9	101.7	2	7
徳島	736	2451	16.3	9.4	7.1	13.0	19.1	0.27	8.6	136.8	1	11
香川	962	3023	12.8	14.5	10.6	27.8	13.0	0.10	6.6	140.4	2	8
愛媛	1352	4515	18.6	13.1	12.7	22.0	14.0	0.52	8.1	114.1	4	7
高知	706	2555	27.6	11.1	10.6	14.9	5.0	0.28	6.4	119.5	0	14
福岡	5107	15474	30.8	10.4	9.2	8.5	14.9	0.45	7.8	124.2	11	28
佐賀	819	2767	17.6	9.0	8.7	11.6	15.3	0.61	6.6	114.7	0	4
長崎	1341	4940	14.5	10.3	10.1	13.5	21.1	0.30	6.6	125.0	2	6
熊本	1757	5393	29.1	9.0	7.1	15.2	11.7	0.28	8.7	119.4	0	6
大分	1144	3663	19.5	8.3	7.6	14.5	16.0	0.17	8.0	119.4	1	11
宮崎	1081	3582	16.4	8.6	6.4	17.6	10.0	0.37	8.1	101.5	4	8
鹿児島	1614	5302	12.1	9.6	8.6	14.3	16.8	0.31	7.4	103.5	2	3
沖縄	1448	3095	19.5	12.5	10.3	20.0	6.4	0.28	5.8	105.4	2	9

付表　本稿で用いた都道府県別データ（つづき①）

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アム受講者数	LNEC-J看護師教育コアカリキュアム受講者数（人口10万対）	緩和薬物療法認定薬剤師数	緩和ケア診療加算（人口10万対）	緩和ケア入院料（30日以内）割合（%）	がん性疼痛緩和指導管理料（人口10万対）：外来
年次	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019
総数	760	2438	4079	2129	1.7	35054	27.7	722	411	58.2	147
北海道	22	141	213	121	2.3	2834	53.6	30	585	51.6	168
青森	2	25	31	21	1.7	498	39.4	5	189	59.7	256
岩手	5	47	61	32	2.6	717	57.8	7	374	57.1	209
宮城	12	33	57	31	1.3	828	35.8	5	262	62.0	150
秋田	3	32	45	21	2.1	384	39.1	2	0	54.6	338
山形	4	19	28	23	2.1	276	25.3	6	324	85.5	190
福島	10	29	45	29	1.6	441	23.7	6	76	63.3	63
茨城	7	43	59	34	1.2	920	32.0	11	328	57.1	108
栃木	8	28	50	28	1.4	794	40.8	6	103	67.6	118
群馬	7	40	71	27	1.4	873	44.7	8	124	75.8	172
埼玉	21	103	143	63	0.9	864	11.8	25	82	65.9	110
千葉	34	88	154	62	1.0	1751	28.0	24	540	65.9	160
東京都	82	255	475	256	1.9	4528	32.8	83	827	61.7	142
神奈川	86	218	377	128	1.4	996	10.9	51	426	64.4	172
新潟	13	54	85	37	1.6	751	33.4	9	103	44.7	247
富山	8	56	74	39	3.7	169	16.1	8	38	64.3	212
石川	12	25	47	22	1.9	283	24.8	14	182	60.6	145
福井	9	11	28	11	1.4	104	13.4	2	740	63.2	111
山梨	5	63	73	11	1.3	500	61.2	1	558	62.7	35
長野	13	54	73	49	2.4	683	33.1	13	420	56.7	227
岐阜	17	27	58	28	1.4	530	26.5	13	64	62.3	132
静岡	17	60	103	37	1.0	339	9.3	18	407	53.0	174
愛知	89	62	190	88	1.2	1418	18.8	70	381	68.4	140
三重	13	19	50	31	1.7	403	22.5	7	104	54.3	134
滋賀	9	24	41	27	1.9	383	27.1	8	209	61.8	98
京都	19	52	97	78	3.0	986	38.1	17	638	58.2	139
大阪	80	129	265	135	1.5	1793	20.3	72	746	63.0	142
兵庫	24	80	152	111	2.0	1784	32.5	43	324	55.1	158
奈良	9	28	48	27	2.0	259	19.3	5	662	62.7	142
和歌山	6	12	22	20	2.1	132	14.1	3	413	55.2	122
鳥取	2	13	19	15	2.7	275	49.1	4	39	50.7	218
島根	3	30	37	23	3.4	619	91.0	9	400	56.8	145
岡山	11	25	53	31	1.6	354	18.7	19	299	57.5	113
広島	15	69	106	52	1.8	722	25.6	27	183	56.4	185
山口	9	26	42	26	1.9	241	17.6	5	32	51.5	137
徳島	4	12	27	20	2.7	144	19.6	2	237	57.7	70
香川	6	20	34	18	1.9	173	18.0	5	68	62.4	121
愛媛	5	29	41	22	1.6	234	17.3	10	207	53.9	152
高知	2	7	23	20	2.8	95	13.5	2	132	51.3	199
福岡	18	126	172	84	1.6	1671	32.7	24	653	51.2	118
佐賀	2	18	24	12	1.5	67	8.2	4	577	56.3	101
長崎	7	44	57	28	2.1	408	30.4	8	600	56.4	115
熊本	9	43	58	43	2.4	554	31.5	7	114	46.7	117
大分	5	26	42	23	2.0	292	25.5	5	182	51.8	160
宮崎	3	13	24	24	2.2	428	39.6	2	30	51.4	94
鹿児島	8	46	57	39	2.4	1350	83.6	13	390	56.1	101
沖縄	5	34	48	22	1.5	206	14.2	4	20	45.2	82

付表　本稿で用いた都道府県別データ（つづき②）

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）
2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2017	2017	2017	2017
58	68	140	8.4	98.6	22.2	28.9	1.6	1.5	6.0	28.8	36.3
58	59	109	12.9	185.0	51.1	47.6	1.1	2.3	8.6	43.8	54.7
26	32	71	0.0	161.7	8.6	18.7	1.6	2.8	10.6	40.4	53.8
59	53	247	3.8	131.8	27.5	34.1	0.0	2.5	8.1	35.9	46.5
31	32	58	4.8	134.5	10.8	16.5	3.7	1.8	7.3	34.9	44.0
86	25	250	0.0	295.4	40.6	47.0	1.6	2.1	10.3	29.9	42.4
105	16	181	26.3	187.0	37.7	8.7	6.2	7.3	7.9	30.6	45.9
30	68	61	0.0	67.5	28.8	41.0	1.0	1.9	6.0	30.7	38.6
41	46	75	4.2	58.8	14.2	18.4	1.4	1.1	6.7	29.9	37.7
84	18	114	0.6	55.8	22.5	9.0	1.6	1.9	8.2	27.6	37.7
88	17	217	2.9	81.8	27.1	21.3	0.0	1.7	7.4	34.7	43.8
22	28	50	1.1	53.0	4.4	5.9	0.1	1.2	5.1	24.8	31.2
49	38	145	9.9	75.5	29.1	16.0	3.4	1.7	6.3	25.8	33.8
52	89	189	12.2	90.3	19.4	37.6	1.0	1.7	7.4	27.9	36.9
46	100	181	11.9	67.2	11.8	35.7	3.3	1.3	5.3	24.4	31.0
43	19	188	3.2	168.2	13.9	11.8	0.4	1.3	5.6	28.7	35.6
77	82	89	5.1	145.6	29.9	42.5	0.0	1.3	5.3	35.4	41.9
43	271	146	0.0	152.3	29.6	81.0	0.0	1.5	7.3	35.9	44.7
124	46	182	18.0	149.4	70.5	57.9	0.0	1.3	5.0	23.2	29.5
17	44	31	1.5	17.5	8.0	33.9	1.3	1.4	5.8	24.8	31.9
87	110	164	0.5	67.7	23.8	46.3	2.4	1.4	4.7	23.6	29.6
36	18	87	0.0	74.4	10.8	12.8	1.9	1.0	4.0	24.8	29.7
51	65	134	8.5	99.4	12.6	17.7	1.6	1.2	6.8	27.3	35.4
48	42	154	9.4	85.9	23.6	32.2	1.7	1.3	6.1	28.4	35.9
19	23	78	11.9	66.8	11.9	22.4	0.0	1.0	5.6	32.3	38.8
106	129	127	1.1	101.9	19.9	32.0	1.5	1.1	3.6	25.8	30.5
97	194	254	7.1	90.9	33.3	47.4	2.3	1.5	5.1	24.1	30.7
93	157	191	20.0	110.1	27.7	36.9	0.9	1.0	5.5	28.3	34.8
70	53	121	11.4	99.5	22.7	15.0	0.6	1.0	4.6	25.4	31.0
59	57	131	17.6	100.2	23.0	19.6	2.6	0.9	4.0	25.0	29.8
28	33	333	0.0	114.8	3.6	45.1	1.2	0.6	4.5	30.6	35.8
160	87	159	0.0	226.1	37.1	19.3	18.2	3.3	6.6	41.1	50.9
54	29	183	0.0	105.9	12.9	8.1	0.0	1.0	6.1	31.1	38.2
52	26	205	11.1	103.2	24.9	10.7	3.0	1.3	4.9	34.0	40.2
94	63	136	7.8	141.1	23.9	26.4	0.5	1.3	5.6	33.1	40.0
45	26	98	0.0	100.2	32.6	38.5	0.0	1.2	4.0	36.8	41.9
38	45	77	0.0	66.6	14.1	18.8	0.0	1.0	5.9	29.4	36.3
94	127	182	0.0	83.9	40.2	49.1	2.2	1.3	4.1	26.3	31.7
95	24	158	15.2	91.8	10.6	25.7	0.0	1.3	3.7	24.5	29.5
35	28	74	0.0	96.3	3.5	12.0	0.0	1.0	3.6	37.8	42.4
57	53	109	7.6	88.0	25.3	38.2	0.9	1.2	5.5	29.2	35.9
40	31	49	0.0	70.0	9.8	2.8	0.0	1.3	4.5	27.8	33.5
76	19	65	20.6	133.7	43.0	41.5	1.4	1.6	7.9	35.5	45.0
30	20	64	6.7	107.3	13.4	17.1	0.0	1.2	5.4	27.3	33.9
99	144	122	0.0	124.7	64.5	43.8	0.0	1.5	5.8	29.1	36.4
24	20	59	0.0	62.2	12.5	20.0	16.0	1.1	5.4	33.4	39.9
54	72	65	1.5	130.2	15.0	29.3	0.0	1.6	7.0	28.8	37.3
44	43	60	0.0	64.1	17.2	31.0	0.0	1.6	5.8	25.7	33.1

2. 2019 年度 ホスピス緩和ケア週間

安部奈津子　永谷貴美
（日本ホスピス緩和ケア協会 事務局）

日本ホスピス緩和ケア協会では，「世界ホスピス緩和ケアデー（World Hospice and Palliative Care Day）」を最終日とした 1 週間（2019 年度は 10 月 6 日～12 日）を「ホスピス緩和ケア週間」とし，ポスターの掲示及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 14 回目となった 2019 年度は，主催の 3 団体（日本ホスピス緩和ケア協会，日本緩和医療学会，日本死の臨床研究会）に加え，新たに緩和ケア関連 14 団体の後援を得て開催した。ポスター・チラシ（**図 1**）を作成し，主催団体の会員をはじめ，がん診療連携拠点病院など全国の関係者に案内し，イベントの開催を呼び掛けたところ，160 のイベント登録があった（**図 2**）。

イベントで行われる企画の内容としては，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，茶話会など会話による情報提供を目的としたもの，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 398 の企画が寄せられた（**表 1**）。

今年度は，一般の方を対象とした ACP（人生会議）や在宅での看取りに関するセミナーが多数開催されたほか，ウィッシュツリーを置いて患者や来院者，医療従事者に願いごとを書いてもらうなど，多くの人に立ち寄ってもらえるよう工夫された企画が多くみられた。折り悪く台風と重なり，中止・延期となった企画もあったものの，市民や医療福祉関係者など 7,900 名あまりの参加があった（展示会の参加者は含まず）。

実施施設からは，「緩和ケアへの一般の方々の関心の高まりを感じ，イベント開催を継続してきた意味をスタッフ間で共有することができた」といった報告が寄せられた（**図 3**）。

2020 年度の世界ホスピス緩和ケアデーは，10 月 10 日となっており，10 月 4 日～10 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　2019 年度ポスター（チラシも同デザイン）

北海道	12
東北	7
関東甲信越	43
東海北陸	31
近畿	17
中国	14
四国	6
九州・沖縄	30
合計	**160**

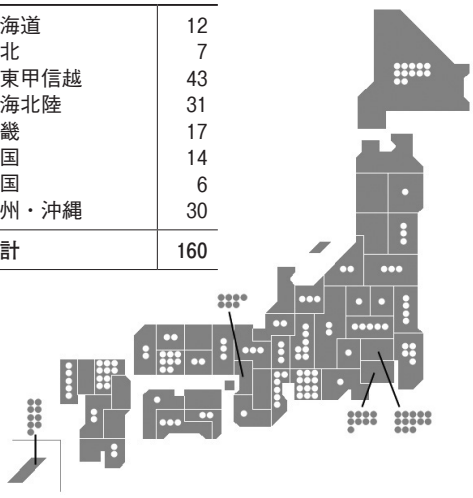


図 2　各地域の企画登録状況

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　103（内 拠点病院 37） **緩和ケア病棟　89** **緩和ケアチーム　7** **一般病院　5** **診療所　1** **準会員・賛助会員　1** **★非会員　46** がん診療連携拠点病院　8 日本緩和医療学会会員　15 学会会員＋拠点病院　6 学会会員＋研究会会員※　5 拠点病院＋学会＋研究会会員　4 不明（無記入）　8	①一般市民向けの講演会等　65 ②医療従事者向けの研究会等　21 ③緩和ケア関連のパネル展示　80 ④相談コーナーの設置　47 ⑤チラシ・パンフレットの配布　48 ⑥緩和ケア病棟見学会　28 ⑦コンサート・演劇等　34 ⑧体験・試食コーナー等の設置　28 ⑨茶話会・カフェ　15 ⑩ＤＶＤ・動画の上映　12 ⑪遺族会・懇親会等　9 ⑫その他（作品作りなど）　11	一般市民／患者（入院・外来）／家族／遺族／学生（医学生・看護学生・薬学生）／教員／医師／看護師／看護助手／薬剤師／臨床心理士／社会福祉士／ソーシャルワーカー／相談員／管理栄養士／臨床検査技師／理学療法士／作業療法士／救急隊員／保健師／ケアマネジャー／介護支援専門員／歯科衛生士／介護福祉士／介護士／音楽療法士／メディカルアシスタント／事務員／チャプレン・僧侶／ボランティア／民生委員／保育士／その他
合　計　149 （※研究会：日本死の臨床研究会）	合　計　398	合計　7,909 （展示会来場者は含まず）

【病棟ラウンジ講演会】
北海道：勤医協中央病院

【パネル展示とねがいの木】
千葉県：辻仲病院柏の葉

【意思決定場面の寸劇】
神奈川県：日野原記念ピースハウス病院

【市民公開講座】
新潟県：新潟医療センター

【院内ロビーでの啓発活動】
富山県：南砺市民病院

【医療従事者対象のセミナー】
三重県：南勢地域緩和ケアネットワーク

【ホスピタルアート体験】
大阪府：大阪府済生会中津病院

【緩和ケアチームによる演奏】
鹿児島県：霧島市立医師会医療センター

【治療と仕事の両立支援相談】
沖縄県：沖縄協同病院

図 3　催し物の実際（一部紹介）

3．緩和ケア関連の資料

A．がん診療連携拠点病院等指定一覧

〔PCU：緩和ケア病棟入院料届出受理施設，PCT：緩和ケア診療加算届出受理施設，
協会会員：日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設〕（2020 年 1 月 20 日現在）

【都道府県がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
1	北海道		○		国立病院機構 北海道がんセンター	2009 年 4 月 1 日
2	青森県		○		青森県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
3	岩手県		○		岩手医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
4	宮城県	○	○	○	宮城県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
5		○	○	○	東北大学病院	2010 年 4 月 1 日
6	秋田県				秋田大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
7	山形県	○	○	○	山形県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
8	福島県		○		福島県立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
9	茨城県	○		○	茨城県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
10	栃木県	○		○	栃木県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
11	群馬県		○		群馬大学医学部附属病院	2019 年 7 月 1 日
12	埼玉県	○	○	○	埼玉県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
13	千葉県	○		○	千葉県がんセンター	2018 年 3 月 9 日
14	東京都	○	○	○	東京都立駒込病院	2010 年 4 月 1 日
15		○	○	○	がん研究会 有明病院	2010 年 4 月 1 日
16	神奈川県	○	○	○	神奈川県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
17	新潟県	○	○	○	新潟県立がんセンター新潟病院	2010 年 4 月 1 日
18	富山県	○	○	○	富山県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
19	石川県		○		金沢大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
20	福井県	○	○	○	福井県立病院	2010 年 4 月 1 日
21	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
22	長野県		○	○	信州大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
23	岐阜県		○		岐阜大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
24	静岡県	○	○	○	静岡県立静岡がんセンター	2010 年 4 月 1 日
25	愛知県				愛知県がんセンター	2010 年 4 月 1 日
26	三重県		○		三重大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
27	滋賀県	○	○	○	滋賀県立総合病院	2009 年 4 月 1 日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
28	京都府	○	○		京都府立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
29			○	○	京都大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
30	大阪府		○		大阪国際がんセンター	2010 年 4 月 1 日
31	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
32	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
33	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
34	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
35	島根県	○	○	○	島根大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
36	岡山県		○		岡山大学病院	2010 年 4 月 1 日
37	広島県		○		広島大学病院	2010 年 4 月 1 日
38	山口県		○		山口大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
39	徳島県		○		徳島大学病院	2010 年 4 月 1 日
40	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
41	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010 年 4 月 1 日
42	高知県		○	○	高知大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
43	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010 年 4 月 1 日
44				○	九州大学病院	2010 年 4 月 1 日
45	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
46	長崎県		○		長崎大学病院	2010 年 4 月 1 日
47	熊本県		○	○	熊本大学病院	2010 年 4 月 1 日
48	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
49	宮崎県		○		宮崎大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
50	鹿児島県		○		鹿児島大学病院	2010 年 4 月 1 日
51	沖縄県		○		琉球大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
計		19	44	26	51 病院	

【地域がん診療連携拠点病院（高度型）】

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
1	埼玉県		○		埼玉医科大学国際医療センター	2010 年 4 月 1 日
2	東京都	○	○	○	NTT 東日本関東病院	2010 年 4 月 1 日
3			○	○	帝京大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
4			○	○	慶應義塾大学病院	2011 年 4 月 1 日
5			○		国立病院機構 東京医療センター	2012 年 4 月 1 日
6	富山県		○		富山大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
7	愛知県	○	○	○	藤田医科大学病院	2010 年 4 月 1 日
8	大阪府	○	○		大阪市立総合医療センター	2010 年 4 月 1 日
9			○		大阪医科大学附属病院	2009 年 4 月 1 日
10	兵庫県				姫路赤十字病院	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
11	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
12	島根県	○	○	○	松江市立病院	2010 年 4 月 1 日
13	徳島県		○		徳島県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
14	佐賀県	○	○	○	佐賀県医療センター好生館	2010 年 4 月 1 日
	計	6	13	6	14 病院	

【地域がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
1	北海道		○	○	市立函館病院	2009 年 4 月 1 日
2			○	○	市立札幌病院	2009 年 4 月 1 日
3			○		砂川市立病院	2009 年 4 月 1 日
4		○		○	日鋼記念病院	2009 年 4 月 1 日
5					王子総合病院	2009 年 4 月 1 日
6		○	○	○	旭川厚生病院	2009 年 4 月 1 日
7		○	○	○	北見赤十字病院	2009 年 4 月 1 日
8		○	○		帯広厚生病院	2009 年 4 月 1 日
9			○		市立釧路総合病院	2009 年 4 月 1 日
10			○		函館五稜郭病院	2009 年 4 月 1 日
11		○	○	○	KKR 札幌医療センター	2009 年 4 月 1 日
12		○		○	恵佑会札幌病院	2009 年 4 月 1 日
13			○		札幌医科大学附属病院	2009 年 4 月 1 日
14		○		○	札幌厚生病院	2009 年 4 月 1 日
15			○	○	手稲渓仁会病院	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			○		十和田市立中央病院	2011 年 4 月 1 日
22	岩手県				岩手県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
23		○		○	岩手県立中部病院	2010 年 4 月 1 日
24		○		○	岩手県立磐井病院	2010 年 4 月 1 日
25					岩手県立宮古病院	2010 年 4 月 1 日
26					岩手県立二戸病院	2010 年 4 月 1 日
27					岩手県立胆沢病院	2009 年 4 月 1 日
28			○		岩手県立大船渡病院	2009 年 4 月 1 日
29					岩手県立久慈病院	2009 年 4 月 1 日
30					岩手県立釜石病院	2014 年 8 月 6 日
31	宮城県		○	○	国立病院機構 仙台医療センター	2010 年 4 月 1 日
32			○	○	東北労災病院	2010 年 4 月 1 日
33					大崎市民病院	2010 年 4 月 1 日
34			○	○	石巻赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
35	秋田県				秋田赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
36		○		○	大曲厚生医療センター	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
37					平鹿総合病院	2010年4月1日
38			○		大館市立総合病院	2009年4月1日
39					秋田厚生医療センター	2009年4月1日
40	山形県				山形市立病院 済生館	2010年4月1日
41			○		山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
42					山形県立新庄病院	2010年4月1日
43			○		公立置賜総合病院	2010年4月1日
44			○		日本海総合病院	2010年4月1日
45	福島県	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010年4月1日
46					総合南東北病院	2010年4月1日
47					太田西ノ内病院	2010年4月1日
48		○		○	竹田綜合病院	2010年4月1日
49					会津中央病院	2010年4月1日
50		○			福島労災病院	2010年4月1日
51					白河厚生総合病院	2010年4月1日
52					いわき市立総合磐城共立病院	2014年8月6日
53	茨城県	○	○		日立総合病院	2010年4月1日
54		○		○	総合病院 土浦協同病院	2010年4月1日
55		○		○	筑波メディカルセンター病院	2010年4月1日
56			○	○	筑波大学附属病院	2010年4月1日
57					東京医科大学茨城医療センター	2010年4月1日
58		○		○	友愛記念病院	2010年4月1日
59		○	○		国立病院機構 水戸医療センター	2011年4月1日
60					ひたちなか総合病院	2015年4月1日
61	栃木県	○	○	○	自治医科大学附属病院	2010年4月1日
62		○	○	○	済生会宇都宮病院	2010年4月1日
63			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日
64		○	○	○	足利赤十字病院	2019年4月1日
65					上都賀総合病院	2010年4月1日
66		○		○	那須赤十字病院	2014年8月6日
67	群馬県		○	○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
68			○		国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日
69		○	○	○	国立病院機構 渋川医療センター	2010年4月1日
70					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
71		○	○	○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
72		○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
73					桐生厚生総合病院	2010年4月1日
74		○		○	群馬県立がんセンター	2010年4月1日
75	埼玉県		○		春日部市立医療センター	2010年4月1日
76					獨協医科大学 埼玉医療センター	2010年4月1日
77			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
78			○		さいたま市立病院	2010年4月1日
79					川口市立医療センター	2010年4月1日
80			○		埼玉医科大学総合医療センター	2010年4月1日
81		○	○		国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
82		○	○		深谷赤十字病院	2010年4月1日
83			○		埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
84			○		自治医科大学附属さいたま医療センター	2014年8月6日
85		○		○	戸田中央総合病院	2015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
86	千葉県		○		千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
87		○	○		国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
88		○	○		船橋市立医療センター	2010年4月1日
89			○		東京歯科大学市川総合病院	2010年4月1日
90			○	○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2010年4月1日
91			○		東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
92					松戸市立総合医療センター	2010年4月1日
93			○		日本医科大学千葉北総病院	2015年4月1日
94		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
95			○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
96		○	○	○	君津中央病院	2010年4月1日
97			○		千葉労災病院	2010年4月1日
98	東京都		○		東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
99			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
100		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
101			○		東京都立墨東病院	2017年4月1日
102		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
103			○		日本大学医学部附属 板橋病院	2010年4月1日
104			○		青梅市立総合病院	2010年4月1日
105			○		東京医科大学八王子医療センター	2010年4月1日
106			○		武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
107			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
108			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
109			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
110			○		東京医科大学病院	2011年4月1日
111			○		国立国際医療研究センター病院	2017年4月1日
112			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
113			○		公立昭和病院	2011年4月1日
114			○		東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
115			○		虎の門病院	2012年4月1日
116			○	○	東邦大学医療センター大森病院	2012年4月1日
117		○	○	○	東京医科歯科大学医学部附属病院	2014年8月6日
118			○		国立病院機構 災害医療センター	2014年8月6日
119	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
120		○		○	横浜市立市民病院	2010年4月1日
121			○		横浜市立大学附属病院	2010年4月1日
122			○		聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
123		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
124			○		横須賀共済病院	2010年4月1日
125			○		藤沢市民病院	2010年4月1日
126			○	○	東海大学医学部付属病院	2010年4月1日
127		○	○		相模原協同病院	2010年4月1日
128			○		北里大学病院	2010年4月1日
129			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
130		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
131		○		○	横浜市立みなと赤十字病院	2012年4月1日
132			○		大和市立病院	2012年4月1日
133					済生会横浜市東部病院	2014年8月6日
134			○		横浜市立大学附属 市民総合医療センター	2014年8月6日
135			○		関東労災病院	2016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
136	新潟県		○		新潟県立新発田病院	2010 年 4 月 1 日
137					新潟市民病院	2010 年 4 月 1 日
138			○		新潟大学医歯学総合病院	2010 年 4 月 1 日
139					長岡中央綜合病院	2010 年 4 月 1 日
140			○		長岡赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
141					新潟県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
142	富山県				黒部市民病院	2010 年 4 月 1 日
143		○	○		厚生連高岡病院	2010 年 4 月 1 日
144		○	○		高岡市民病院	2010 年 4 月 1 日
145			○		市立砺波総合病院	2010 年 4 月 1 日
146	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター	2010 年 4 月 1 日
147					石川県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
148			○		金沢医科大学病院	2010 年 4 月 1 日
149		○	○	○	小松市民病院	2010 年 4 月 1 日
150	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
151		○	○	○	福井赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
152		○	○	○	福井県済生会病院	2010 年 4 月 1 日
153					国立病院機構 敦賀医療センター	2010 年 4 月 1 日
154	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
155				○	市立甲府病院	2010 年 4 月 1 日
156					富士吉田市立病院	2011 年 4 月 1 日
157	長野県		○		佐久総合病院 佐久医療センター	2010 年 4 月 1 日
158			○	○	諏訪赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
159					飯田市立病院	2010 年 4 月 1 日
160			○	○	相澤病院	2010 年 4 月 1 日
161			○		長野赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
162			○	○	長野市民病院	2010 年 4 月 1 日
163					伊那中央病院	2009 年 4 月 1 日
164	岐阜県		○		岐阜県総合医療センター	2010 年 4 月 1 日
165			○		岐阜市民病院	2010 年 4 月 1 日
166			○		大垣市民病院	2010 年 4 月 1 日
167			○		木沢記念病院	2010 年 4 月 1 日
168		○	○	○	岐阜県立多治見病院	2010 年 4 月 1 日
169					高山赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
170	静岡県		○		順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010 年 4 月 1 日
171			○	○	静岡県立総合病院	2010 年 4 月 1 日
172			○		静岡市立静岡病院	2010 年 4 月 1 日
173			○	○	藤枝市立総合病院	2010 年 4 月 1 日
174		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010 年 4 月 1 日
175			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010 年 4 月 1 日
176			○		浜松医療センター	2010 年 4 月 1 日
177			○		浜松医科大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
178			○	○	磐田市立総合病院	2010 年 4 月 1 日
179	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010 年 4 月 1 日
180			○		名古屋大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
181			○		中京病院	2010 年 4 月 1 日
182			○		名古屋市立大学病院	2010 年 4 月 1 日
183		○	○	○	名古屋第一赤十字病院	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
184			○		名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
185			○		名古屋市立西部医療センター	2019年4月1日
186		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
187			○		公立陶生病院	2010年4月1日
188			○	○	愛知医科大学病院	2019年4月1日
189		○	○	○	一宮市立市民病院	2010年4月1日
190		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
191		○		○	豊田厚生病院	2010年4月1日
192		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
193			○		豊橋市民病院	2010年4月1日
194					半田市立半田病院	2015年4月1日
195					岡崎市民病院	2019年4月1日
196	三重県	○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
197					松阪中央総合病院	2010年4月1日
198		○	○	○	鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
199					市立四日市病院	2019年4月1日
200	滋賀県		○		大津赤十字病院	2010年4月1日
201					市立長浜病院	2010年4月1日
202		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
203			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
204	京都府				市立福知山市民病院	2010年4月1日
205			○		京都桂病院	2010年4月1日
206			○	○	京都市立病院	2010年4月1日
207			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
208			○		京都第二赤十字病院	2010年4月1日
209		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
210		○		○	宇治徳洲会病院	2019年4月1日
211	大阪府		○		市立豊中病院	2010年4月1日
212		○	○	○	市立東大阪医療センター	2010年4月1日
213					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
214			○		大阪労災病院	2010年4月1日
215		○	○	○	市立岸和田市民病院	2010年4月1日
216		○	○		大阪赤十字病院	2010年4月1日
217			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
218			○		大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日
219			○		近畿大学病院	2009年4月1日
220			○		関西医科大学附属病院	2010年4月1日
221			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
222			○	○	大阪急性期・総合医療センター	2014年8月6日
223			○		堺市立総合医療センター	2014年8月6日
224				○	八尾市立病院	2015年4月1日
225	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
226			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
227			○		関西労災病院	2010年4月1日
228			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
229			○		近畿中央病院	2010年4月1日
230					市立伊丹病院	2019年4月1日
231					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
232		○			国立病院機構 姫路医療センター	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
233					赤穂市民病院	2010年4月1日
234		○		○	豊岡病院	2010年4月1日
235		○		○	兵庫県立丹波医療センター	2019年7月1日
236			○		兵庫県立淡路医療センター	2010年4月1日
237			○		神戸市立西神戸医療センター	2015年4月1日
238	奈良県		○		奈良県総合医療センター	2010年4月1日
239		○			天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
240			○		近畿大学奈良病院	2010年4月1日
241					市立奈良病院	2009年4月1日
242	和歌山県				公立那賀病院	2010年4月1日
243					橋本市民病院	2010年4月1日
244					紀南病院	2010年4月1日
245		○	○	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
246	鳥取県	○			鳥取県立中央病院	2010年4月1日
247					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
248		○		○	国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
249	島根県		○		松江赤十字病院	2010年4月1日
250			○		島根県立中央病院	2010年4月1日
251		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
252	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
253		○		○	岡山赤十字病院	2010年4月1日
254			○		国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日
255		○	○	○	倉敷中央病院	2010年4月1日
256		○	○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
257					津山中央病院	2010年4月1日
258	広島県	○		○	県立広島病院	2010年4月1日
259			○		広島市立広島市民病院	2010年4月1日
260		○			広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
261					廣島総合病院	2010年4月1日
262		○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
263					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
264					尾道総合病院	2010年4月1日
265		○	○	○	福山市民病院	2010年4月1日
266			○		市立三次中央病院	2010年4月1日
267			○		広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
268	山口県	○		○	国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
269					周東総合病院	2010年4月1日
270		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
271			○		山口県立総合医療センター	2010年4月1日
272					山口県済生会下関総合病院	2015年4月1日
273	徳島県				徳島赤十字病院	2010年4月1日
274		○	○	○	徳島市民病院	2010年4月1日
275	香川県	○	○	○	香川県立中央病院	2010年4月1日
276					高松赤十字病院	2010年4月1日
277			○		香川労災病院	2010年4月1日
278	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
279		○		○	済生会今治病院	2010年4月1日
280			○		愛媛大学医学部附属病院	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
281			○		愛媛県立中央病院	2010年4月1日
282			○		松山赤十字病院	2010年4月1日
283				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
284	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
285					高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
286	福岡県		○		国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
287			○		福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
288			○		福岡大学病院	2010年4月1日
289					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
290		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
291		○	○	○	聖マリア病院	2010年4月1日
292					公立八女総合病院	2010年4月1日
293					大牟田市立病院	2010年4月1日
294		○	○	○	飯塚病院	2010年4月1日
295					社会保険田川病院	2010年4月1日
296		○	○	○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
297		○	○	○	九州病院	2010年4月1日
298					産業医科大学病院	2010年4月1日
299			○		戸畑共立病院	2019年4月1日
300	佐賀県				唐津赤十字病院	2010年4月1日
301		○			国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
302	長崎県		○		長崎みなとメディカルセンター	2010年4月1日
303					日本赤十字社 長崎原爆病院	2010年4月1日
304			○		佐世保市総合医療センター	2010年4月1日
305			○		国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
306					長崎県島原病院	2010年4月1日
307	熊本県				熊本赤十字病院	2010年4月1日
308			○	○	国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日
309					済生会熊本病院	2010年4月1日
310					荒尾市民病院	2010年4月1日
311					熊本労災病院	2010年4月1日
312		○		○	人吉医療センター	2010年4月1日
313	大分県		○		国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日
314					大分赤十字病院	2010年4月1日
315			○		大分県立病院	2010年4月1日
316		○		○	大分県済生会日田病院	2010年4月1日
317		○			中津市立中津市民病院	2011年4月1日
318	宮崎県		○		県立宮崎病院	2010年4月1日
319					国立病院機構 都城医療センター	2010年4月1日
320	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
321					済生会川内病院	2010年4月1日
322			○		鹿児島市立病院	2011年4月1日
323			○		今給黎総合病院	2012年4月1日
324	沖縄県		○		沖縄県立中部病院	2010年4月1日
325			○		那覇市立病院	2010年4月1日
計		92	202	106	325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	青森県				むつ総合病院	青森県立中央病院	2019 年 7 月 1 日
4	宮城県	○		○	みやぎ県南中核病院	東北大学病院 宮城県立がんセンター	2019 年 4 月 1 日
5	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
6					由利組合総合病院	秋田赤十字病院	2015 年 4 月 1 日
7					雄勝中央病院	平鹿総合病院	2015 年 4 月 1 日
8					北秋田市民病院	秋田厚生医療センター	2018 年 3 月 9 日
9	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
10	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
11	千葉県	○		○	さんむ医療センター	千葉県がんセンター 総合病院 国保旭中央病院	2016 年 4 月 1 日
12	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
13	新潟県				佐渡総合病院	新潟大学医歯学総合病院 新潟県立がんセンター新潟病院	2017 年 4 月 1 日
14	山梨県				山梨厚生病院	山梨県立中央病院	2015 年 4 月 1 日
15	長野県		○		北信総合病院	長野赤十字病院	2015 年 4 月 1 日
16					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
17					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
18			○		北アルプス医療センターあづみ病院	信州大学医学部附属病院	2019 年 4 月 1 日
19	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
20					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
21	滋賀県	○		○	公立甲賀病院	滋賀医科大学医学部附属病院	2019 年 7 月 1 日
22					高島市民病院	大津赤十字病院	2015 年 4 月 1 日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	グループ指定先医療機関名	指定年月日
23	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
24			○		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
25					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
26	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
27	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
28					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
29	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
30					都志見病院	山口大学医学部附属病院	2015年4月1日
31	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
32	香川県		○	○	三豊総合病院	香川大学医学部附属病院	2019年7月1日
33	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
34	福岡県		○		福岡大学筑紫病院	福岡大学病院	2016年4月1日
35		○		○	朝倉医師会病院	久留米大学病院	2016年4月1日
36	鹿児島県				鹿児島県立薩南病院	鹿児島大学病院	2019年7月1日
37		○		○	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
38		○		○	国立病院機構 南九州病院	鹿児島医療センター	2019年7月1日
39					県民健康プラザ鹿屋医療センター	鹿児島大学病院	2019年7月1日
40					種子島医療センター	鹿児島大学病院	2016年4月1日
41					鹿児島県立大島病院	鹿児島大学病院	2019年7月1日
42	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
43			○		沖縄県立八重山病院	沖縄県立中部病院	2016年4月1日
計		7	9	8	43病院		

参考：厚生労働省ウェブサイト〔https://www.mhlw.go.jp/content/000536299.pdf〕 がん診療連携拠点病院等の一覧表（令和元年7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	24	○	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
		○	手稲渓仁会病院	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
		○	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
			天使病院	2019年3月1日
			小樽市立病院	2019年3月1日
			名寄市立総合病院	2019年10月1日
			釧路赤十字病院	2019年8月1日
		○	釧路労災病院	2019年9月1日
			岩見沢市立総合病院	2019年6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	5	○	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
		○	宮城県立がんセンター	2019年5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
			いわき市医療センター	2019年2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
		○	日立総合病院	2019年5月1日

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
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
			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
			国際医療福祉大学病院	2019 年 9 月 1 日
群馬県	5	○	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
		○	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	19	○	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
			埼玉メディカルセンター	2019 年 4 月 1 日
			上尾中央総合病院	2019 年 10 月 1 日
			埼玉石心会病院	2019 年 5 月 1 日
千葉県	20	○	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
			帝京大学ちば総合医療センター	2019 年 2 月 1 日
		○	君津中央病院	2019 年 5 月 1 日
			東邦大学医療センター佐倉病院	2019 年 9 月 1 日
東京都	56	○	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	虎の門病院	2012 年 6 月 1 日
			東京都済生会中央病院	2012 年 7 月 1 日
		○	東京医科大学病院	2012 年 4 月 1 日
		○	慶應義塾大学病院	2012 年 4 月 1 日
		○	日本医科大学付属病院	2012 年 9 月 1 日
		○	東京都立駒込病院	2012 年 11 月 1 日
		○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2011 年 1 月 1 日
			江東病院	2010 年 11 月 1 日
		○	がん研究会 有明病院	2012 年 6 月 1 日
		○	昭和大学病院	2012 年 4 月 1 日
		○	NTT 東日本関東病院	2010 年 4 月 1 日
		○	東邦大学医療センター大森病院	2012 年 7 月 1 日
		○	日本赤十字社医療センター	2012 年 4 月 1 日
			ＪＲ東京総合病院	2012 年 4 月 1 日
		○	日本大学医学部附属 板橋病院	2011 年 4 月 1 日
		○	帝京大学医学部附属病院	2012 年 4 月 1 日
			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
			東海大学医学部付属 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
			東京逓信病院	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
			三井記念病院	2019 年 10 月 1 日
			東京山手メディカルセンター	2019 年 8 月 1 日

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	東京医科大学八王子医療センター	2019年5月1日
神奈川県	30		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
		○	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
		○	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
			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
		○	大和市立病院	2019年5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
		○	新潟県立がんセンター新潟病院	2019年9月1日
富山県	6	○	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
		○	厚生連高岡病院	2019年12月1日
		○	市立砺波総合病院	2019年1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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
山梨県	1	○	山梨大学医学部附属病院	2011 年 4 月 1 日
長野県	11	○	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
			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
			飯田病院	2019 年 11 月 1 日
		○	諏訪赤十字病院	2019 年 5 月 1 日
		○	佐久総合病院 佐久医療センター	2019 年 4 月 1 日
岐阜県	10	○	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
			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
			松波総合病院	2019 年 5 月 1 日
			国立病院機構 長良医療センター	2019 年 11 月 1 日
静岡県	13	○	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
			国際医療福祉大学熱海病院	2019 年 11 月 1 日
		○	静岡県立総合病院	2019 年 2 月 1 日
			静岡県立こども病院	2019 年 10 月 1 日
愛知県	24	○	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
		○	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	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
		○	名古屋市立西部医療センター	2019 年 6 月 1 日
			名古屋記念病院	2019 年 12 月 1 日
		○	豊橋市民病院	2019 年 8 月 1 日
			春日井市民病院	2018 年 12 月 1 日
三重県	3	○	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
			三重県立総合医療センター	2019 年 8 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	11	○	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
			国立病院機構 舞鶴医療センター	2017 年 4 月 1 日
		○	京都第二赤十字病院	2018 年 4 月 1 日
			京都中部総合医療センター	2018 年 9 月 1 日
			京都岡本記念病院	2019 年 9 月 1 日
			洛和会音羽病院	2019 年 7 月 1 日
大阪府	36		関西電力病院	2011 年 8 月 1 日
		○	大阪医科大学附属病院	2008 年 10 月 1 日
			高槻病院	2008 年 4 月 1 日
		○	大阪国際がんセンター	2008 年 4 月 1 日
			大阪警察病院	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
		○	近畿大学病院	2008 年 4 月 1 日
			星ヶ丘医療センター	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	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	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
		○	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
			市立吹田市民病院	2019 年 11 月 1 日
			第二大阪警察病院	2019 年 4 月 1 日
			大阪府済生会泉尾病院	2019 年 5 月 1 日
			松下記念病院	2019 年 4 月 1 日
兵庫県	15	○	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
		○	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
			神戸市立医療センター西市民病院	2019 年 6 月 1 日
			神戸赤十字病院	2019 年 4 月 1 日
			兵庫県立こども病院	2019 年 6 月 1 日
奈良県	5	○	奈良県総合医療センター	2011 年 7 月 1 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
		○	近畿大学奈良病院	2016 年 8 月 1 日
			西奈良中央病院	2019 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	6	○	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	7	○	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
			国立病院機構 福山医療センター	2018 年 4 月 1 日
		○	福山市民病院	2019 年 2 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	5	○	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
		○	香川労災病院	2019 年 4 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	5	○	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
			ＨＩＴＯ病院	2019 年 1 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	19	○	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
		○	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
		○	九州病院	2016 年 5 月 1 日
		○	福岡県済生会福岡総合病院	2016 年 7 月 1 日
		○	国立病院機構 九州医療センター	2018 年 1 月 1 日
		○	聖マリア病院	2018 年 4 月 1 日
			久留米総合病院	2018 年 4 月 1 日
			製鉄記念八幡病院	2018 年 4 月 1 日
		○	北九州市立医療センター	2018 年 5 月 1 日
			田主丸中央病院	2018 年 7 月 1 日
			福岡和白病院	2019 年 3 月 1 日
			原三信病院	2019 年 10 月 1 日
			福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2019 年 5 月 1 日
			小倉記念病院	2019 年 7 月 1 日
佐賀県	2	○	佐賀大学医学部附属病院	2005 年 11 月 1 日
		○	佐賀県医療センター好生館	2015 年 5 月 1 日
長崎県	4	○	長崎大学病院	2011 年 4 月 1 日
		○	長崎みなとメディカルセンター	2016 年 2 月 1 日
		○	国立病院機構 長崎医療センター	2018 年 4 月 1 日
		○	佐世保市総合医療センター	2018 年 4 月 1 日
熊本県	3	○	熊本大学病院	2012 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 熊本医療センター	2015 年 5 月 1 日
			鶴田病院	2018 年 11 月 1 日
大分県	3	○	大分大学医学部附属病院	2008 年 4 月 1 日

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	大分県立病院	2018 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 別府医療センター	2018 年 5 月 1 日
宮崎県	2	○	宮崎大学医学部附属病院	2014 年 4 月 1 日
		○	県立宮崎病院	2018 年 4 月 1 日
鹿児島県	4	○	鹿児島大学病院	2010 年 4 月 1 日
		○	今給黎総合病院	2014 年 4 月 1 日
		○	鹿児島市立病院	2018 年 7 月 1 日
		○	相良病院	2018 年 8 月 1 日
沖縄県	5	○	那覇市立病院	2016 年 2 月 1 日
		○	琉球大学医学部附属病院	2018 年 4 月 1 日
		○	沖縄県立中部病院	2018 年 4 月 1 日
			沖縄協同病院	2018 年 10 月 1 日
			沖縄県立八重山病院	2018 年 11 月 1 日
合計	419	262		

2020 年 1 月 15 日時点で、各地方厚生局ホームページに掲載されている届出受理施設データを元に作成

C．緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院，支援病院：地域医療支援指定病院〕

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
1	北海道	東札幌病院	1993 年 9 月 1 日	243	58		
2		恵佑会札幌病院	2000 年 2 月 1 日	229	24	★	
3		札幌ひばりが丘病院	1999 年 5 月 1 日	176	35		
4		札幌南徳洲会病院	2004 年 1 月 1 日	88	18		
5		札幌清田病院	2009 年 10 月 1 日	109	20		
6		札幌共立五輪橋病院	2012 年 5 月 1 日	188	18		
7		勤医協中央病院	2007 年 11 月 1 日	450	24		
8		札幌厚生病院	2012 年 6 月 1 日	519	25	★	
9		KKR 札幌医療センター	2005 年 8 月 1 日	410	30	★	☆
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		帯広厚生病院	2019 年 5 月 1 日	651	21	★	☆
22	青森県	青森慈恵会病院	2000 年 6 月 1 日	332	22		
23		ときわ会病院	2008 年 2 月 1 日	149	24		
24		健生病院	2017 年 11 月 1 日	282	14		
25	岩手県	孝仁病院	2008 年 6 月 1 日	180	10		
26		盛岡赤十字病院	2009 年 7 月 1 日	438	22		☆
27		美山病院	2011 年 5 月 1 日	212	20		
28		岩手県立中部病院	2009 年 5 月 1 日	434	24	★	☆
29		岩手県立磐井病院	2010 年 7 月 1 日	315	24	★	☆
30		盛岡友愛病院	2015 年 6 月 1 日	386	18		
31	宮城県	東北大学病院	2000 年 12 月 1 日	1160	22	★	
32		光ヶ丘スペルマン病院	1998 年 8 月 1 日	140	20		
33		宮城県立がんセンター	2002 年 7 月 1 日	383	25	★	
34		みやぎ県南中核病院	2015 年 8 月 1 日	310	12		☆
35		石巻市立病院	2018 年 9 月 1 日	180	20		
36		仙台オープン病院	2018 年 6 月 1 日	330	21		☆
37	山形県	山形県立中央病院	2001 年 7 月 1 日	609	15	★	☆
38		三友堂病院	2005 年 6 月 1 日	185	12		
39		山形県立河北病院	2015 年 4 月 1 日	186	20		
40	秋田県	外旭川病院	1999 年 2 月 1 日	241	34		
41		大曲厚生医療センター	2015 年 8 月 1 日	437	13	★	
42	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	★	
43		福島労災病院	2011 年 4 月 1 日	406	27	★	☆
44		星総合病院	2013 年 2 月 1 日	430	16		☆
45		わたり病院	2013 年 7 月 1 日	196	15		
46		竹田綜合病院	2014 年 11 月 1 日	837	15	★	☆
47		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		
48	茨城県	つくばセントラル病院	2000 年 10 月 1 日	313	20		
49		筑波メディカルセンター病院	2000 年 5 月 1 日	453	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
50		水戸済生会総合病院	2000 年 10 月 1 日	472	16		☆
51		茨城県立中央病院	2013 年 5 月 1 日	500	23	★	☆
52		友愛記念病院	2014 年 8 月 1 日	325	14	★	☆
53		水戸赤十字病院	2015 年 6 月 1 日	442	20		☆
54		志村大宮病院	2015 年 6 月 1 日	178	20		
55		総合病院 土浦協同病院	2016 年 4 月 1 日	800	20	★	
56		日立総合病院	2018 年 12 月 1 日	651	20	★	☆
57		国立病院機構 水戸医療センター	2018 年 10 月 1 日	500	33	★	☆
58	栃木県	栃木県立がんセンター	2000 年 12 月 1 日	291	24	★	
59		済生会宇都宮病院	1996 年 11 月 1 日	644	20	★	☆
60		自治医科大学附属病院	2007 年 5 月 1 日	1132	17	★	
61		那須赤十字病院	2013 年 4 月 1 日	460	20	★	☆
62		足利赤十字病院	2016 年 10 月 1 日	540	19	★	☆
63		とちぎメディカルセンターとちのき	2017 年 11 月 1 日	250	14		
64	群馬県	公立富岡総合病院	2005 年 5 月 1 日	338	18	★	
65		伊勢崎市民病院	2010 年 6 月 1 日	494	17	★	☆
66		国立病院機構 渋川医療センター	1994 年 7 月 1 日	450	25	★	☆
67		群馬県済生会前橋病院	2012 年 6 月 1 日	327	16		☆
68		東邦病院	2014 年 6 月 1 日	443	21		
69		群馬県立がんセンター	2014 年 7 月 1 日	314	25	★	
70	埼玉県	戸田中央総合病院	2009 年 3 月 1 日	517	18	★	
71		埼玉石心会病院	2012 年 4 月 1 日	450	20		☆
72		上尾中央第二病院	1992 年 3 月 1 日	186	15		
73		みさと健和病院	2011 年 8 月 1 日	282	20		
74		埼玉県立がんセンター	1999 年 1 月 1 日	503	36	★	
75		丸木記念福祉メディカルセンター	2013 年 12 月 1 日	616	20		
76		埼玉協同病院	2013 年 12 月 1 日	399	24		
77		上尾中央総合病院	2014 年 7 月 1 日	733	21		☆
78		吉川中央総合病院	2015 年 5 月 1 日	272	14		
79		三浦病院	2015 年 7 月 1 日	81	21		
80		彩の国東大宮メディカルセンター	2015 年 8 月 1 日	337	22		
81		シャローム病院	2016 年 7 月 1 日	55	30		
82		埼玉県立循環器・呼吸器病センター	2017 年 6 月 1 日	343	24		☆
83		ＴＭＧあさか医療センター	2018 年 6 月 1 日	446	20		
84		羽生総合病院	2018 年 6 月 1 日	311	14		
85		南部厚生病院	2019 年 10 月 1 日	128	20		
86		八潮中央総合病院	2019 年 10 月 1 日	250	14		
87		深谷赤十字病院	2019 年 8 月 1 日	474	15	★	☆
88		国立病院機構 埼玉病院	2019 年 5 月 1 日	550	20	★	☆
89	千葉県	千葉県がんセンター	2008 年 7 月 1 日	341	25	★	
90		山王病院	1999 年 7 月 1 日	310	23		
91		我孫子聖仁会病院	2012 年 7 月 1 日	168	20		
92		船橋市立医療センター	2010 年 4 月 1 日	449	20	★	☆
93		国立がん研究センター東病院	1992 年 7 月 1 日	425	25	★	
94		聖隷佐倉市民病院	2008 年 6 月 1 日	400	18		
95		総合病院 国保旭中央病院	1999 年 5 月 1 日	989	20	★	☆
96		君津中央病院	2004 年 11 月 1 日	660	20	★	☆
97		さんむ医療センター	2014 年 1 月 1 日	312	20		
98		平和台病院	2014 年 5 月 1 日	184	18		
99		千葉徳洲会病院	2014 年 8 月 1 日	391	24		
100		鎌ケ谷総合病院	2015 年 3 月 1 日	329	19		
101		辻仲病院柏の葉	2015 年 5 月 1 日	150	24		
102		東松戸病院	2015 年 10 月 1 日	181	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
103		東葛病院	2016年6月1日	366	20		
104		白井聖仁会病院	2017年6月1日	192	20		
105		柏たなか病院	2018年10月1日	246	20		
106		国立病院機構 千葉医療センター	2019年3月1日	455	20	★	☆
107	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	23	★	☆
108		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		☆
109		賛育会病院	1998年6月1日	199	22		
110		NTT東日本関東病院	2001年2月1日	594	16	★	☆
111		東京ちどり病院	2004年7月1日	98	14		
112		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	708	18	★	☆
113		東京新宿メディカルセンター	2004年6月1日	520	20		☆
114		佼成病院	2004年5月1日	340	20		
115		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
116		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
117		豊島病院	1999年9月1日	438	20		☆
118		桜町病院	1994年8月1日	199	20		
119		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	170	20		
120		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	305	16		
121		救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
122		国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	522	20		☆
123		信愛病院	1996年9月1日	199	20		
124		聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11		
125		東京都立駒込病院	2011年7月1日	815	22	★	
126		慈生会 野村病院	2012年1月1日	133	12		
127		がん研究会 有明病院	2011年4月1日	686	25	★	
128		東京逓信病院	2013年3月1日	461	18		
129		東京都健康長寿医療センター	2013年7月1日	550	20		
130		多摩南部地域病院	2013年7月1日	287	16		☆
131		町田市民病院	2013年9月1日	447	18		☆
132		王子生協病院	2014年5月1日	159	25		
133		越川病院	2016年1月1日	46	34		
134		東京さくら病院	2016年1月1日	258	38		
135		東京医科歯科大学医学部附属病院	2017年5月1日	753	15	★	
136		杏雲堂病院	2018年5月1日	198	20		
137		東京共済病院	2018年5月1日	350	19		☆
138		みなみ野病院	2019年6月1日	205	25		
139	神奈川県	川崎市立井田病院	1998年11月1日	383	23	★	
140		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	689	25	★	☆
141		平和病院	2011年9月1日	146	16		
142		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	634	25	★	☆
143		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	20	★	
144		横浜甦生病院	1995年3月1日	81	12		
145		衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
146		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
147		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	505	25		
148		日野原記念ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
149		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
150		横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆
151		宮川病院	2013年7月1日	175	12		
152		伊勢原協同病院	2014年9月1日	350	14		☆
153		ＡＯＩ国際病院	2015年5月1日	328	28		
154		横浜南共済病院	2016年5月1日	565	20		☆
155		国際親善総合病院	2016年5月1日	287	25		
156		湘南東部総合病院	2017年2月1日	348	32		
157		藤沢湘南台病院	2017年4月1日	322	19		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
158		済生会神奈川県病院	2017 年 7 月 1 日	199	18		
159		東名厚木病院	2017 年 11 月 1 日	282	14		☆
160	新潟県	長岡西病院	1993 年 4 月 1 日	240	32		
161		白根大通病院	2006 年 9 月 1 日	299	28		
162		新潟医療センター	2001 年 8 月 1 日	404	20		
163		南部郷厚生病院	2001 年 9 月 1 日	120	20		
164		新潟県立がんセンター新潟病院	2019 年 3 月 1 日	421	21	★	
165		新潟県立加茂病院	2019 年 11 月 1 日	168	30		
166	富山県	富山県立中央病院	1993 年 3 月 1 日	733	25	★	☆
167		富山市民病院	2009 年 6 月 1 日	595	20		☆
168		高岡市民病院	2016 年 5 月 1 日	401	20	★	☆
169		厚生連高岡病院	2016 年 12 月 1 日	533	16	★	☆
170		富山赤十字病院	2018 年 1 月 1 日	401	12		☆
171	石川県	石川県済生会金沢病院	1995 年 1 月 1 日	260	28		
172		小松市民病院	2009 年 5 月 1 日	340	10	★	
173		城北病院	2019 年 6 月 1 日	314	20		
174	福井県	福井県立病院	2006 年 4 月 1 日	809	20	★	☆
175		福井県済生会病院	1998 年 10 月 1 日	460	20	★	☆
176		福井赤十字病院	2015 年 5 月 1 日	600	20	★	☆
177	長野県	愛和病院	1997 年 12 月 1 日	64	48		
178		新生病院	1998 年 10 月 1 日	155	20		
179		諏訪中央病院	1998 年 9 月 1 日	360	12		
180		岡谷市民病院	2015 年 10 月 11 日	295	17		
181		長野中央病院	2017 年 8 月 1 日	322	12		
182	山梨県	山梨県立中央病院	2005 年 5 月 1 日	640	15	★	☆
183	岐阜県	岐阜清流病院	1999 年 6 月 1 日	372	28		
184		東海中央病院	2012 年 1 月 1 日	332	15		☆
185		岐阜県立多治見病院	2010 年 7 月 1 日	575	20	★	☆
186		久美愛厚生病院	2012 年 7 月 1 日	300	23		
187		岐北厚生病院	2014 年 3 月 1 日	316	24		
188		中濃厚生病院	2016 年 5 月 1 日	495	20		
189	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002 年 11 月 1 日	615	50	★	
190		神山復生病院	2002 年 7 月 1 日	20	20		
191		総合病院 聖隷三方原病院	1990 年 5 月 1 日	934	27	★	☆
192	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		
193		岡崎市立愛知病院	2006 年 5 月 1 日	151	20		
194		安城更生病院	2002 年 6 月 1 日	749	17	★	☆
195		聖霊病院	2009 年 4 月 1 日	198	15		
196		海南病院	2004 年 7 月 1 日	540	18	★	☆
197		名古屋掖済会病院	2004 年 2 月 1 日	602	19		☆
198		協立総合病院	2001 年 12 月 1 日	434	16		
199		豊田厚生病院	2010 年 2 月 1 日	606	17	★	☆
200		江南厚生病院	2009 年 11 月 1 日	684	20		☆
201		愛知国際病院	1999 年 5 月 1 日	72	20		
202		総合病院 南生協病院	2002 年 7 月 1 日	313	20		
203		小牧市民病院	2012 年 6 月 1 日	558	14	★	☆
204		津島市民病院	2007 年 1 月 1 日	440	18		
205		名古屋第一赤十字病院	2006 年 4 月 1 日	852	20	★	☆
206		藤田医科大学病院	2010 年 4 月 1 日	1435	37	★	
207		名古屋徳洲会総合病院	2014 年 6 月 1 日	350	18		
208		刈谷豊田総合病院	2014 年 11 月 1 日	704	20		☆
209		済衆館病院	2016 年 4 月 1 日	369	20		
210		公立西知多総合病院	2018 年 8 月 1 日	468	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
211		一宮市立市民病院	2018年12月1日	594	14	★	☆
212		藤田医科大学 七栗記念病院	1997年7月1日	218	20		
213		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
214		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		☆
215		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
216		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
217		もりえい病院	2016年5月1日	54	20		
218		みたき総合病院	2017年7月1日	199	30		
219		鈴鹿中央総合病院	2018年12月1日	460	20	★	
220		市立伊勢総合病院	2019年 2月1日	300	20		☆
221	滋賀県	市立大津市民病院	1999年6月1日	439	20		☆
222		彦根市立病院	2002年10月1日	438	20	★	☆
223		ヴォーリズ記念病院	2006年12月1日	168	16		
224		滋賀県立総合病院	2003年3月1日	535	20	★	☆
225		公立甲賀病院	2013年5月1日	413	12		☆
226	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	70	50		
227		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
228		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
229		京都民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
230		稲荷山武田病院	2012年9月1日	55	18		
231		男山病院	2014年5月1日	199	25		
232		京都府立医科大学附属病院	2014年2月1日	1065	16	★	
233		あそかビハーラ病院	2015年4月1日	28	28		
234		宇治徳洲会病院	2015年8月1日	473	14	★	☆
235		三菱京都病院	2016年2月1日	188	14		
236		国立病院機構 舞鶴医療センター	2018年4月1日	409	15		☆
237		京都民医連あすかい病院	2018年12月1日	172	21		
238		洛和会音羽病院	2019年 5月1日	548	14		
239	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	581	27		☆
240		湯川胃腸病院	2002年11月1日	34	34		
241		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
242		ガラシア病院	2005年4月1日	104	51		
243		彩都友紘会病院	2010年5月1日	204	40		
244		高槻赤十字病院	2002年7月1日	439	20		☆
245		小松病院	2006年5月1日	190	18		
246		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		☆
247		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
248		星ヶ丘医療センター	2008年12月1日	580	16		☆
249		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1063	24	★	☆
250		和泉市立総合医療センター	2010年12月1日	307	24		
251		多根総合病院	2011年6月1日	304	20		
252		市立岸和田市民病院	2012年9月1日	400	20	★	☆
253		樫本病院	2013年7月1日	199	16		
254		東住吉森本病院	2013年11月1日	329	14		☆
255		東大阪病院	2013年12月1日	265	30		
256		市立ひらかた病院	2014年11月1日	335	20		
257		ベルランド総合病院	2014年11月1日	477	15		☆
258		浅香山病院	2015年6月1日	1027	20		
259		市立貝塚病院	2015年6月1日	249	19		
260		ほうせんか病院	2015年9月1日	220	48		
261		市立東大阪医療センター	2015年11月1日	520	25	★	☆
262		松下記念病院	2016年4月1日	323	16		☆
263		吹田徳洲会病院	2017年5月1日	365	24		
264		市立柏原病院	2017年10月1日	220	17		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
265		大阪鉄道病院	2017 年 12 月 1 日	303	19		
266		大阪赤十字病院	2018 年 11 月 1 日	964	20	★	☆
267		国立病院機構 近畿中央呼吸器センター	2018 年 11 月 1 日	365	21		
268		ツヂ病院	2019 年 12 月 1 日	99	15		
269	奈良県	国保中央病院	2005 年 7 月 1 日	220	20		
270		西奈良中央病院	2012 年 10 月 1 日	166	24		
271		吉田病院	2017 年 12 月 1 日	312	7		
272		天理よろづ相談所病院	2018 年 9 月 1 日	715	10	★	
273	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	★	☆
274		紀和病院	2005 年 8 月 1 日	280	15		
275		日本赤十字社 和歌山医療センター	2018 年 11 月 1 日	873	20	★	☆
276	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993 年 10 月 1 日	116	21		
277		神戸中央病院	1996 年 7 月 1 日	424	22		☆
278		六甲病院	1994 年 12 月 1 日	178	23		
279		東神戸病院	2000 年 5 月 1 日	166	21		
280		立花病院	2005 年 9 月 1 日	272	10		
281		尼崎医療生協病院	2007 年 7 月 1 日	199	20		
282		協和マリナホスピタル	2011 年 5 月 1 日	122	30		
283		宝塚市立病院	2010 年 7 月 1 日	436	15		☆
284		第二協立病院	2009 年 4 月 1 日	425	22		
285		公立八鹿病院	2005 年 10 月 1 日	380	20		☆
286		姫路聖マリア病院	1996 年 8 月 1 日	440	22		
287		市立芦屋病院	2012 年 8 月 1 日	199	24		
288		兵庫県立加古川医療センター	2011 年 5 月 1 日	353	25		☆
289		市立川西病院	2013 年 2 月 1 日	250	21		☆
290		高砂市民病院	2013 年 8 月 1 日	290	18		☆
291		兵庫県立丹波医療センター	2014 年 6 月 1 日	320	22	★	☆
292		誠仁会 大久保病院	2014 年 2 月 1 日	199	18		
293		甲南医療センター	2015 年 5 月 1 日	380	22		
294		神戸協同病院	2015 年 7 月 1 日	167	19		
295		北播磨総合医療センター	2015 年 9 月 1 日	450	20		☆
296		豊岡病院	2016 年 9 月 1 日	518	20	★	☆
297		ふくやま病院	2017 年 5 月 1 日	104	30		
298		国立病院機構 姫路医療センター	2019 年 5 月 1 日	411	21	★	☆
299		神戸大山病院	2019 年 12 月 1 日	91	19		
300	鳥取県	鳥取生協病院	2008 年 4 月 1 日	260	20		
301		藤井政雄記念病院	2003 年 11 月 1 日	120	20		
302		国立病院機構 米子医療センター	2014 年 9 月 1 日	270	20	★	☆
303		鳥取県立中央病院	2019 年 11 月 1 日	518	20	★	☆
304	島根県	松江市立病院	2005 年 9 月 1 日	470	22	★	☆
305		島根大学医学部附属病院	2011 年 9 月 1 日	600	21	★	
306		国立病院機構 浜田医療センター	2010 年 1 月 1 日	365	15	★	☆
307	岡山県	岡山済生会総合病院	1998 年 9 月 1 日	473	25	★	☆
308		岡山中央奉還町病院	2000 年 6 月 1 日	81	15		
309		総合病院 岡山協立病院	2011 年 9 月 1 日	318	17		
310		岡村一心堂病院	2007 年 6 月 1 日	152	21		
311		倉敷中央病院	2013 年 6 月 1 日	1167	14	★	☆
312		岡山赤十字病院	2014 年 7 月 1 日	500	20	★	☆
313		川崎医科大学総合医療センター	2016 年 12 月 1 日	647	18		☆
314		川崎医科大学附属病院	2018 年 7 月 1 日	1182	20	★	
315	広島県	福山市民病院	2006 年 9 月 1 日	506	16	★	☆
316		前原病院	2012 年 7 月 1 日	59	14		
317		公立みつぎ総合病院	2002 年 5 月 1 日	240	6		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
318		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
319		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
320		県立広島病院	2004年10月1日	712	20	★	☆
321		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
322		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	630	19	★	☆
323		廿日市記念病院	2002年1月1日	126	24		
324		広島共立病院	2014年10月1日	186	19		
325		ＪＲ広島病院	2016年4月1日	275	20		
326		広島赤十字・原爆病院	2019年12月1日	565	19	★	☆
327	山口県	徳山中央病院	2009年3月1日	519	25	★	☆
328		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	365	25		
329		安岡病院	1999年5月1日	234	36		
330		綜合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	427	25		☆
331		国立病院機構 岩国医療センター	2013年6月1日	530	24	★	☆
332		下関市立市民病院	2016年8月1日	436	20		☆
333	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	123	21		
334		坂出聖マルチン病院	2016年1月1日	196	20		
335		香川県立中央病院	2019年11月1日	533	15	★	☆
336	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
337		徳島県立三好病院	2015年1月1日	220	20		☆
338		徳島市民病院	2017年6月1日	335	24	★	☆
339	高知県	細木病院	2003年10月1日	499	12		
340		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
341		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
342		図南病院	2000年7月1日	183	12		
343		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
344		高知厚生病院	1995年12月1日	42	16		
345		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
346	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
347		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	368	25	★	
348		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
349		ＨＩＴＯ病院	2013年4月1日	257	17		
350		済生会今治病院	2013年5月1日	191	20	★	
351	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
352		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
353		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
354		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
355		及川病院	2004年11月1日	36	15		
356		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
357		那珂川病院	2006年7月1日	162	24		
358		栄光病院	1990年9月1日	178	71		
359		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
360		たたらリハビリテーション病院	2004年11月1日	199	21		
361		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
362		さくら病院	1999年6月1日	152	24		
363		恵光会 原病院	2005年1月1日	220	16		
364		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
365		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
366		井上病院	2011年4月1日	73	16		
367		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
368		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	197	20		
369		久留米大学病院	1998年10月1日	1018	16	★	
370		聖マリア病院	1997年9月1日	1097	16	★	☆
371		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		

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
372		今野病院	2007 年 1 月 1 日	67	20		
373		嶋田病院	2008 年 9 月 1 日	150	14		☆
374		古賀病院２１	2012 年 6 月 1 日	217	14		
375		友田病院	2012 年 12 月 1 日	72	16		
376		朝倉医師会病院	2012 年 11 月 1 日	300	20		☆
377		戸畑リハビリテーション病院	2012 年 11 月 1 日	154	17		
378		長田病院	2013 年 8 月 1 日	182	20		
379		飯塚病院	2013 年 10 月 1 日	1048	18	★	☆
380		宗像医師会病院	2014 年 8 月 1 日	164	12		☆
381		田主丸中央病院	2014 年 6 月 1 日	343	13		☆
382		福岡県済生会八幡総合病院	2014 年 9 月 1 日	403	22		
383		九州病院	2014 年 11 月 1 日	575	12	★	☆
384		福岡聖恵病院	2017 年 6 月 1 日	288	25		
385		牟田病院	2017 年 10 月 1 日	163	20		
386		九州中央病院	2018 年 7 月 1 日	330	20		☆
387		芦屋中央病院	2018 年 5 月 1 日	137	15		
388	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	1998 年 3 月 1 日	450	15	★	☆
389		河畔病院	2002 年 4 月 1 日	183	18		
390		西田病院	2011 年 5 月 1 日	118	20		
391		なゆたの森病院	2016 年 4 月 1 日	165	20		
392		国立病院機構 嬉野医療センター	2019 年 7 月 1 日	399	21	★	☆
393	長崎県	出島病院	1995 年 11 月 1 日	43	20		
394		聖フランシスコ病院	1998 年 8 月 1 日	190	34		
395		千住病院	2008 年 4 月 1 日	186	20		
396		南野病院	2012 年 5 月 1 日	95	18		
397	熊本県	山鹿市民医療センター	2012 年 5 月 1 日	201	13		☆
398		イエズスの聖心病院	1994 年 11 月 1 日	75	37		
399		熊本地域医療センター	2001 年 7 月 1 日	227	14		☆
400		御幸病院	2003 年 6 月 1 日	186	20		
401		桜十字病院	2010 年 1 月 1 日	630	25		
402		朝日野総合病院	2012 年 4 月 1 日	378	25		
403		桜十字熊本東病院	2007 年 11 月 1 日	57	18		
404		人吉医療センター	2003 年 9 月 1 日	252	30	★	☆
405		阿蘇温泉病院	2008 年 9 月 1 日	260	14		
406		鶴田病院	2012 年 10 月 1 日	105	20		
407		合志第一病院	2012 年 9 月 1 日	132	26		
408		国立病院機構 熊本南病院	2016 年 5 月 1 日	172	16		
409		くまもと森都総合病院	2017 年 5 月 1 日	199	15		
410		大腸肛門病センター高野病院	2017 年 10 月 1 日	166	20		
411		熊本第一病院	2018 年 6 月 1 日	125	13		
412		球磨郡公立多良木病院	2018 年 6 月 1 日	183	10		
413	大分県	大分ゆふみ病院	2002 年 1 月 1 日	24	24		
414		大分市医師会立アルメイダ病院	2012 年 5 月 1 日	406	21		☆
415		佐伯中央病院	2007 年 7 月 1 日	149	17		
416		大分県厚生連 鶴見病院	2012 年 11 月 1 日	230	14		
417		中津胃腸病院	2014 年 11 月 1 日	112	14		
418		大分県済生会日田病院	2015 年 10 月 1 日	199	14	★	☆
419		中津市立中津市民病院	2019 年 5 月 1 日	250	12	★	☆
420	宮崎県	三州病院	2000 年 5 月 1 日	67	27		
421		平田東九州病院	2007 年 7 月 1 日	125	21		
422		潤和会記念病院	2014 年 4 月 1 日	446	24		
423		黒木病院	2015 年 3 月 1 日	76	16		
424		宮崎市郡医師会病院	2017 年 4 月 1 日	248	12		☆

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
425	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011 年 1 月 1 日	219	14		
426		相良病院	1997 年 6 月 1 日	80	24	★	
427		出水郡医師会広域医療センター	2008 年 10 月 1 日	222	10		☆
428		国立病院機構 南九州病院	2006 年 4 月 1 日	445	25		
429		サザン・リージョン病院	2011 年 3 月 1 日	131	11		
430		南風病院	2013 年 6 月 1 日	338	14		☆
431		鹿児島市医師会病院	2013 年 9 月 1 日	199	31		☆
432		いづろ今村病院	2014 年 3 月 1 日	130	20		
433		霧島市立医師会医療センター	2016 年 5 月 1 日	254	35		☆
434	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006 年 6 月 1 日	300	25		
435		アドベンチスト メディカルセンター	2003 年 1 月 1 日	48	26		
436		オリブ山病院	1995 年 6 月 1 日	343	21		
437		南部病院	2012 年 9 月 1 日	188	21		
438		与勝病院	2017 年 1 月 1 日	140	20		
439		沖縄赤十字病院	2018 年 7 月 1 日	302	26		☆

	合　計	緩和ケア病床数　8,985 床	がん診療拠点病院　119 施設	地域医療支援病院　151 施設

2020 年 1 月 20 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 2020
心不全の緩和ケア
―心不全パンデミックに備えて―

発　　行　2020 年 3 月 27 日　第 1 版第 1 刷©
編　　集　木澤義之・志真泰夫・髙宮有介・恒藤　暁・
　　宮下光令・山崎章郎
企画担当　菅野康夫・山口　崇
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 978-4-902249-95-8　C 3047

JCOPY ＜㈳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，㈳出版者著作権管理機構（電話 03-5244-5088, FAX03-5244-5089, e-mail：info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。