

# ホスピス緩和ケア白書 2021

## がんのリハビリテーションと 緩和ケア — その人らしさを大切に

- 編集 ————— 木澤 義之 (神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科)  
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)
- 企画担当 ————— 辻 哲也 (慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室)



# 序 文

志真泰夫

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

『ホスピス緩和ケア白書 2021』は、「リハビリテーションと緩和ケア」を特集する。今日、がん医療は、診断や治療法の進歩に伴い、がん患者の生存期間が延長し、がんと共存し、共生する時代となった。

わが国におけるがん患者のリハビリテーションの黎明期は、2002年に静岡県立がんセンターが開院し、リハビリテーション科が設けられたことに始まる。その時の初代部長は、辻哲也先生（本特集の共同企画者）である。そして、2010年度の診療報酬改定で「がん患者リハビリテーション料」が設けられて、がんのリハビリテーションの成長期が始まった。

さらに、それから6年を経て「がん対策基本法」（2016年改正）の第17条に「がん患者の療養生活の質の維持向上に関して、がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること」と定められ、がん医療におけるリハビリテーションが法的な根拠をもつに至っている。

緩和ケアが主体となる時期のリハビリテーションの目的は、「余命の長さにかかわらず、患者とその家族の希望・要望を把握したうえで、身体的にも精神的にも負担が少ない日常の生活動作（ADL）の習得とその時期において可能な限り質の高い生活を実現すること」に集約される。すなわち、緩和ケアが主体となる時期には「療養しながら生活する」、患者の生活の質（QOL）が問われている。

同時に、進行がんや終末期のがん患者では、さまざまな機能障害が生じ、それによってADLに制限を生じやすくなる。これらの問題に対して、身体機能や生活能力の維持・改善のため、リハビリテーションを行うことは、「その人らしく最期まで生きる」ために重要である。したがって、リハビリテーションと緩和ケアは、同じ方向を指すベクトルをもっている。

「患者のQOL」「その人らしく生きる」という2つのキーワードは、リハビリテーションと緩和ケアに共通している。がん患者のQOLはいうまでもなく「主観的」「多次的」である。また、「その人らしく生きる」ということは、「個別性」を尊重し、「多様性」を認めることである。そして、時間の限られた時期にあっては、患者の希望・要望をしっかり受け止めて、それが叶えるために多職種チームによるアプローチが必要不可欠である。がんの包括的医療では、抗がん治療とともに、リハビリテーションと緩和ケアをバランスよく提供する必要がある。

本特集が、今後のがん患者に対するリハビリテーションと緩和ケアのさらなる発展への一助となることを願っている。

# 目次

序文	志真泰夫	iii
----	------	-----

## 第I部 がんのリハビリテーション—緩和ケア主体の時期を中心に

1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状		
A. 診療・教育・研究の動向と今後の課題	辻 哲也	2
B. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題	高島千敬	7
C. 緩和ケアにおけるがんのリハビリテーションの 実施状況と今後の課題	岡村 仁	15
2. 緩和ケア主体の時期のリハビリテーションを充実させるために		
A. 医師からの視点		
1) リハビリテーション科医の立場から	宮田知恵子	19
2) 緩和ケア専門医の立場から	関根龍一	23
B. 理学療法士からの視点	矢木健太郎	26
C. 作業療法士からの視点	田尻寿子	29
D. 言語聴覚士からの視点	安藤牧子	33
E. 心理職からの視点	栗原幸江	36
3. 各施設におけるがんのリハビリテーションの工夫 —緩和ケア主体の時期を中心に		
A. 病院診療（緩和ケア病棟・ホスピス）		
1) 緩和ケア病棟における終末期がん患者のADLと リハビリテーション診療	添田 遼, 辻 哲也	39
2) 当院のリハビリテーション部における緩和ケア病棟 での取り組み	岡安 健, 三宅 智	41

B. 在宅診療

在宅診療におけるがんのリハビリテーション .....	河原正典	44
4. データでみる日本の緩和ケア主体の時期のがんの リハビリテーション—遺族調査からの示唆 .....	長谷川貴昭, 明智龍男	47

**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 .....	平山英幸, 升川研人, 宮下光令	56
2. 2020年度ホスピス緩和ケア週間 .....	安部奈津子	98
3. 緩和ケア関連の資料 .....		100



# 第 I 部

---

## がんのリハビリテーション —緩和ケア主体の時期を中心に

# 1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状

## A. 診療・教育・研究の動向と今後の課題

辻 哲也

(慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室)

### はじめに

悪性腫瘍（以下、がん）治療の進歩により、がん患者の生存期間が延長しつつあり、「がんと共存し、共生する時代」となった現在、限られた月日と時間をいかに過ごすのか、すなわち、療養しながら生活する際の生活の質（quality of life: 以下、QOL）が問われている。

がん患者にとって、がん自体に対する不安は当然大きい。特に、進行がんや終末期のがん患者においては、がんの直接的影響や治療によって生じる身体の機能障害や、日常生活を自立的・自律的に行うことができないことに対する苦悩も同じくらい大きい。“がんと共存”する時代となった今、がん患者が生存している間の生活の質をしっかりとサポートしていく、いわゆるサポータイブケアがますます重要になってきている。これらの問題に対して、身体機能や生活能力の維持・改善のため、リハビリテーション診療を行うことは、限られた余命の間、「その人らしく最期まで生きる」ために大変重要である。

今後、治療技術の進歩により根治困難であっても担がん状態でがんと共存しつつ、療養生活を送る患者の生命予後はますます長くなるであろう。Performance Status（以下、PS）や日常生活活動（activities of daily living：以下、ADL）の維持・改善を目的としたリハビリテーション医療の必要性が今後さらに高まることは想像に難くない。

本稿では、緩和ケア主体の時期を中心に、わが国におけるがんのリハビリテーションの現状について解説する。

### がんのリハビリテーションの定義と目的

「がんのリハビリテーション医療とは、がん治療の一環としてリハビリテーション科医、リハビリテーション専門職により提供される医学的ケアであり、がん患者の身体的、認知的、心理的な障害を診断・治療することで自立度を高め、QOLを向上させるものである」と定義される<sup>1)</sup>。がんのリハビリテーション診療は、臨床腫瘍科医、リハビリテーション科医の指示により、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、理学療法士、がん専門看護師、作業療法士のコアメンバーと、その他がん患者特有の問題に対処するさまざまな専門職からなるチームとして提供される<sup>2)</sup>。

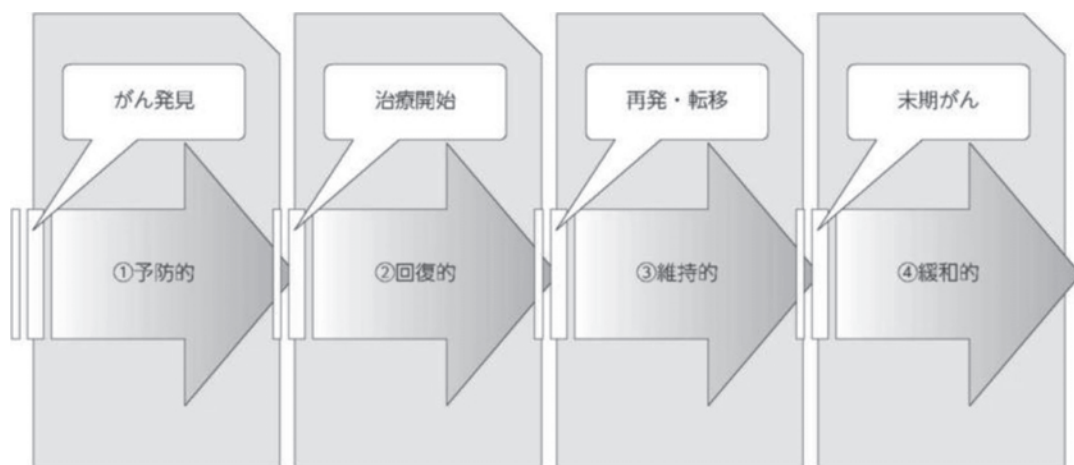
がん患者では、がんの進行もしくは治療の過程で、さまざまな機能障害が生じ、歩行やADLに制限が生じ、PSが低下し、QOLが損なわれてしまう。がんのリハビリテーションの目的は、これらの問題に対して、二次的障害を予防し、機能や生活能力の維持・改善を目指すことである。

### 病期別分類と対象となる障害

がんのリハビリテーションは、予防や機能回復から余命の限られたがん患者の機能の維持、緩和ケア主体の時期まで、あらゆる病期において役割を担う（図1）<sup>3,4)</sup>。

対象となる障害は、がんそのものによる障害と、その治療過程において生じた障害とに大別される（表1）<sup>5)</sup>。がんサバイバーのQOL向上や社会復帰の支援を目的に、化学療法や放射線療法中・後の運動療法や有害事象への対応、がん関連認知機能障害（cancer-related cognitive impairment）





- ①がんの診断後の早期（手術，放射線，化学療法の前から）を開始。機能障害はまだないが，その予防を目的とする。
- ②機能障害，能力低下の存在する患者に対して，最大限の機能回復を図る。
- ③腫瘍が増大 / 機能障害が進行しつつある患者のセルフケア，運動能力を維持・改善することを試みる。自助具の使用，動作のコツ，拘縮 / 筋力低下など廃用予防も含む。
- ④末期のがん患者に対して，その希望（hope）・要望（demands）を尊重しながら，身体的，精神的，社会的にもQOLの高い生活が送れるように援助する。

\*本図はがんのリハビリテーションの流れを示すもので，WHOの緩和ケアの定義とは異なることに注意

図1 がんのリハビリテーション 病期別の目的 [文献3,4] から引用，一部改変]

表1 がんのリハビリテーションの対象となる障害の種類

1. がんそのものによる障害
  - 1) がんの直接的影響
    - ・骨転移
    - ・脳腫瘍（脳転移）に伴う片麻痺，失語症など
    - ・脊髄・脊椎腫瘍（脊髄・脊椎転移）に伴う四肢麻痺，対麻痺など
    - ・腫瘍の直接浸潤による神経障害（腕神経叢麻痺，腰仙骨神経叢麻痺，神経根症）
    - ・疼痛
  - 2) がんの間接的影響（遠隔効果）
    - ・がん性末梢神経炎（運動性・感覚性多発性末梢神経炎）
    - ・悪性腫瘍随伴症候群（小脳性運動失調，筋炎に伴う筋力低下など）
2. おもに治療の過程において起こりうる障害
  - 1) 全身性の機能低下，廃用症候群
    - ・化学・放射線療法，造血幹細胞移植後
  - 2) 手術
    - ・骨・軟部腫瘍術後（患肢温存術後，四肢切断術後）
    - ・乳がん術後の肩関節拘縮
    - ・乳がん・子宮がん手術（腋窩・骨盤内リンパ節郭清）後のリンパ浮腫
    - ・頭頸部がん術後の嚥下・構音障害，発声障害
    - ・頸部リンパ節郭清後の肩甲周囲の運動障害
    - ・開胸・開腹術後の呼吸器合併症
  - 3) 化学療法
    - ・末梢神経障害など
  - 4) 放射線療法
    - ・横断性脊髄炎，腕神経叢麻痺，摂食嚥下障害など

[文献5] から引用，一部改変]

表2 がん患者リハビリテーション料の対象患者

入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者。

ア	当該入院中ががんの治療のための ・手術 ・骨髄抑制をきたしうる化学療法 ・放射線治療または造血幹細胞移植 が行われる予定の患者または行われた患者
イ	緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がんまたは末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

H007-2 がん患者リハビリテーション料 (1 単位) 205 点  
患者 1 人につき 1 日 6 単位まで算定する。

[文献 7) から引用、一部改変]

CRCI)、がん悪液質 (cancer cachexia)、骨転移による骨関連事象 (skeletal related event ; SRE) のマネジメント、緩和ケアが主体となる時期の対応まで、その範囲は拡大しつつある。

では患者の希望 (hope)・要望 (demand) をしっかり受け止めて、それが叶えられるように多職種チームで考えていくことが必要である。

## 緩和ケア主体の時期のリハビリテーション診療の目的

進行した病期のがん患者や終末期がん患者では、がんの進行もしくはその治療の過程で、さまざまな苦痛や精神心理面の問題を生じ、その対策として緩和ケアが必要とされる。身体活動面では、高次脳機能障害、摂食嚥下障害、発声障害、運動麻痺、廃用性や悪液質による筋萎縮・筋力低下、関節可動域制限や疼痛、四肢長管骨の病的骨折、脊椎病的骨折や腫瘍の脊柱管内への進展による脊髄圧迫症状、四肢の浮腫などさまざまな機能障害が生じ、それらの障害によって PS や ADL に制限を生じてしまう。これらの問題に対して、緩和ケアの一環として、リハビリテーション診療を行うことは、限られた余命の間の QOL 維持・向上のために重要である。

緩和ケアが主体となる時期のリハビリテーション診療の目的は、「余命の長さにかかわらず、患者とその家族の希望・要望を把握したうえで、身体的にも精神的にも負担が少ない ADL の習得とその時期におけるできる限り質の高い生活を実現すること」に集約される<sup>6)</sup>。

医療においては、医療者側のニーズ (needs) が優先されがちであるが、時間の限られた終末期

## がんのリハビリテーションの診療・教育・研究の動向

### 1. がん対策基本法・がん対策基本計画

わが国では、2006 年に「がん対策基本法」が制定され、がん患者の療養生活の質を維持・向上させることが、国の基本的な方針となった。2016 年の改正では、第 17 条に「がん患者の療養生活の質の維持向上に関して、がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること」が明記された。第 3 期がん対策基本計画 (2017~22 年) では、ライフステージやがんの特性を考慮した個別化医療とともに、がんのリハビリテーションの普及は重点課題の 1 つとなった。

### 2. 医療・福祉行政

2010 年度の診療報酬改定で「がん患者リハビリテーション料」が算定可能となった。本算定では、疾患 (=がん) を横断的に見すえて障害に焦点が当てられており、合併症や後遺症の予防を目的に治療前からリハビリテーション治療を行うことが可能となった点で画期的である (表 2)<sup>7)</sup>。がん医療の中でリハビリテーション治療に焦点を当てる突破口になったという意味でも意義は大きい。がん患者にリハビリテーション治療を実施し

ている施設は着実に増加しているが、その多くは入院中の対応であり、外来では十分に行えていない。「がん患者リハビリテーション料」の算定対象は入院中に限定されていることがそのおもな原因であり、外来への算定要件の拡大が求められている。

緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がんまたは末期がんの患者においては、入院中に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な場合には、「がん患者リハビリテーション料」の算定が可能である。しかし、緩和ケア病棟では「がん患者リハビリテーション料」の算定が不可であることが、リハビリテーション診療の普及を阻害する要因となっている。

一方、在宅療養中の場合には、介護保険や医療保険により、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション（デイケア）を利用することが可能であるが、地域におけるリハビリテーション専門職の充足度、ケアプランを立案するケアマネジャーのリハビリテーション医療に関する知識の量により、リハビリテーションサービスの提供体制に未だばらつきがある。

### 3. 専門的な人材育成

2007年度から、がんのリハビリテーション医療を推進するための取り組みとして厚生労働省委託事業「がんのリハビリテーション研修ワークショップ CAREER (Cancer Rehabilitation Educational Program for Rehabilitation Teams) が始まった<sup>8)</sup>。到達目標は、「がん医療に携わっている医療職のすべてのスタッフ（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）を対象に、多職種チームによるがん医療の中でリハビリテーション診療を実践する際に必要な知識や技能を習得すること」である。

がんのリハビリテーションを実践する専門職の質の担保を図るため、CAREER研修の受講が前述の「がん患者リハビリテーション料」の算定要件となっている。約10年の開催実績として、2020年度までに、延べ4万名以上がCAREER研修を受講し、わが国におけるがんのリハビリテーション医療の普及啓発、治療の質の向上、均てん

化に貢献している。

### 4. エビデンス（診療ガイドライン）

がん患者の運動療法の効果に関しては、2003年にAmerican Cancer Society (ACS) が、がん治療中・後の患者に対する栄養と運動療法に関する診療ガイドラインを発表、2012年に改訂された<sup>9)</sup>。また、2010年にAmerican College of Sports Medicine (ACSM) が診療ガイドラインを公開、有酸素運動と四肢や体幹の筋力増強を目的とした筋力トレーニングの効果に関して、原発巣別、病期や治療別に提言がなされている。同ガイドラインは2019年に改訂された<sup>10)</sup>。

一方、がん種・治療目的・病期別の包括的な診療ガイドラインは発表されていなかった。そこで、第3次対がん総合戦略研究事業「がんのリハビリテーションガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究」が実施され、日本リハビリテーション医学会と協働して策定作業に取り組み、2013年に『がんのリハビリテーションガイドライン』が刊行された。発展を続けているがん医療において、実地の臨床に即したがんのリハビリテーション診療の指針を提供するためには、数年単位での診療ガイドライン改訂が必要と考えられ、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 革新的がん医療実用化研究事業「外来がんリハビリテーションの効果に関する研究事業」の一環として、日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会、がんのリハビリテーションガイドライン改訂委員会と協働して、改訂作業に取り組み、2019年に『がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版』が刊行された<sup>1)</sup>。

同診療ガイドライン<sup>1)</sup>では、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、アウトカム全般（身体機能の改善、QOLの改善）に関するエビデンスの確実性は中、益と害のバランスが確実であり、実施することを提案（弱い推奨）している。また、緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合

わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、アウトカム全般（身体機能の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善）に関するエビデンスの確実性は中、益と害のバランスが確実であり、実施することが提案（弱い推奨）している。

## おわりに

進行がん・末期がん患者に対してリハビリテーション診療が演じる役割は非常に大きいはまだ十分に浸透しておらず、質の高い臨床研究は数少ない<sup>1)</sup>。リハビリテーション医療はリハビリテーション医学に基づいた臨床医学の一分野であるので、“話を聞いて手を握るだけ”“さするだけ”では、単に精神的な援助のみに終わり、専門性に欠ける。今後、緩和ケア主体の時期において、リハビリテーション診療が浸透していくためには、医療行政上の後押しを受けるとともに、リハビリテーションアプローチにより、“痛みが楽になる”“動作が楽に行える”“1人で起き上がれる”“歩けるようになる”ような何らかの治療効果を示していくことが重要である。その理論づけを行うためには、この時期におけるリハビリテーション医療の評価方法や標準的な治療戦略を確立し、多施設共同での臨床研究を通じて効果を示していく必要がある。

限られた余命の間の療養生活の質を向上させるためには、身体活動面に対するリハビリテーション診療と精神心理面や症状緩和を主体とした緩和

ケアがバランスよく対応することが鍵となる。

## 文献

- 1) 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版. 金原出版, 2019
- 2) Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al : Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. J Rehabil Med 35: 153-162, 2003
- 3) Dietz JH : Rehabilitation Oncology. John Wiley & Sons, New York, 1981
- 4) 辻 哲也：がんのリハビリテーションの概要—がんのリハビリテーション総論. 辻 哲也 編：がんのリハビリテーションマニュアル. 医学書院, pp23-37, 2011
- 5) 日本がんリハビリテーション研究会 編：がんのリハビリテーションベストプラクティス 第2版. 金原出版, 2020
- 6) 辻 哲也：緩和ケアにおけるリハビリテーションの役割. 日本医師会雑誌 146: 966, 2017
- 7) 厚生労働省：令和2年診療報酬改定について H0007-2 がん患者リハビリテーション料. [https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf] (2020. 10. 19 アクセス)
- 8) がんのリハビリテーション研修. [http://www.lpc.or.jp/reha/] (2020. 10. 19 アクセス)
- 9) Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. CA Cancer J Clin 62: 243-274, 2012
- 10) Campbell KL, Winters-stone KM, Wiskemann J et al: Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Med Sci Sports Exerc 51: 2375-2390, 2019

# 1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状

## B. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題

高島千敬

(広島都市学園大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻)

### はじめに

2006年にがん対策基本法が成立し、基本的施策として「がん患者の療養生活の質の維持向上」が謳われた。この中でリハビリテーションによる患者支援が注目されるようになり、2010年に従来の疾患別リハビリテーション料に加えて、がん患者リハビリテーション料が新設された。

一方、緩和ケア病棟入院料は、1990年に保険収載され、以降点数や施設基準等が見直されて現在に至っている<sup>1)</sup>。

本稿では、緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題について解説する。

### リハビリテーションの保険診療の現状

がん患者に関連するリハビリテーション料の保険請求には、障害の種類に応じて算定できる疾患別リハビリテーション料、それとは別枠のがん患者リハビリテーション料の2つの方法がある

(表1)。

疾患別リハビリテーションでは、たとえば運動器リハビリテーション料で150日というように、標準算定日数が定められているが、がん患者リハビリテーション料は入院中であれば1日6単位を上限として日数制限なく算定できる。

がん患者リハビリテーション料の算定には、施設基準に示されている人員への研修要件が課せられており、療法士はもとより、医師、看護師によるチームでの参加が義務付けられている。この研修には、進行がんの講義があり、緩和ケアに関する内容が含まれている。

がん患者リハビリテーション料の対象は、新設当初はがんの局在を中心に8つの分類が示されていた。しかしながら、婦人科がんと泌尿器系のがんが対象に含まれおらず、各種医療団体の要望により、2020年の診療報酬改定にて、その枠組みが撤廃され、治療や症状による区分へと変更された。

この中でも、「在宅において緩和ケア主体で治

表1 がん患者リハビリテーション料

点数・施設基準	点数：205点（入院中に限り、1日につき6単位に限り算定） 施設基準の人員要件として、療法士、医師、看護師によるチームでの研修要件が課せられている。進行がんの講義もあり、緩和ケアの内容が含まれている
対象	当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者 ----- 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

2020年度の診療報酬の改定により、対象が変更された。

療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者」として、一般病棟が対象ではあるが緩和ケア主体の患者へのリハビリテーションについて明記されている。

以上のことから、がん患者リハビリテーション料の施設基準の取得施設においては、緩和ケアの対象者へのリハビリテーションについて一定の水準で教育された療法士が勤務している体制にあるといえる。

他方、緩和ケア病棟の施設基準の人員配置は、医師、看護師のみで、リハビリテーション職種の配置は定められていない。また、同病棟は包括医療のために、疾患別リハビリテーション料やがん患者リハビリテーション料の出来高算定ができない。

緩和ケア診療加算を算定している施設では、緩

和ケアチームからの相談で、一般病棟の患者のリハビリテーションの適応を打診されるケースもあるが、同チームも医師、看護師のほか、薬剤師で構成されており、リハビリテーション職種は含まれていない。

このように、現状の保険診療体制においては、緩和ケア病棟におけるリハビリテーションは、医師による指示は可能であるが、実施に際しては無報酬での対応となっている。

## 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査

2012年に日本ホスピス緩和ケア協会の協力により、日本作業療法士協会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会が「緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査」<sup>2)</sup>を実施した。

対象は日本ホスピス緩和ケア協会に所属してい

表2 結果

回収率	46.2% (109通)
病床数	総計 2,081床 (1施設平均 19.1床)
病棟稼働率	82.6% (45～102%)
過去3カ月の入棟患者数	4,168名 (平均 39.3名)
調査時の患者の平均年齢	73.7歳
入院までの平均待機日数	17.1日 (1～80日)
平均在院日数	37.3日 (15～92日)

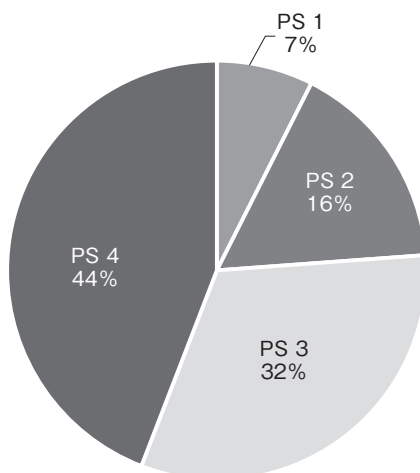


図1 入棟者の Performance Status (PS)

対象は Performance Status の3、4で76%を占めており、活動レベルが低いことが示されている。

I. がんのリハビリテーション—緩和ケア主体の時期を中心に

る 236 施設の緩和ケア病棟の代表者（医師・看護師・療法士）とし、調査票を送付し、郵送にて回収した（表 2）。

2012 年 6 月～8 月までの 3 カ月間におけるリハビリテーション依頼件数は 1,520（実施率 36.5%）件であり、実施件数は 12,807 件であった。リハビリテーション実施患者の平均実施期間は 36.8 日であり、週あたり平均 4.1 回実施され、1 日の実施時間は平均 27 分であった。

また、対象患者の 76% が Performance Status の 3、4 であり、活動度が低く臥床傾向であった（図 1）。なお、一時的な ADL の改善を認めた例は 242 名であった。ADL 改善の要因としては、高齢者が主たる対象であり、環境整備による残存機能の活用や廃用症候群の改善が影響したと考えられる。

緩和ケア病棟に関わる療法士の勤務状況を図 2 に示す。ごくわずかに専従者も存在したが、大半が他の疾患別リハビリテーション料との兼任で

あった。現行では一般病棟での業務の合間に介入することになり、十分な対応には至っていないことが推測された。

リハビリテーション実施患者の転帰は、図 3 のように 83% が死亡退院であったが、自宅退院は 11% であった。

看護師の代表者への「現在の入棟患者に占めるリハビリテーションの適応があると考えられる患者の数」の問いには、48.8% の患者でリハビリテーションの適応があると回答されていた。調査時点での回答ではあるが、約半数にリハビリテーションの支援が必要なが示唆された。

リハビリテーションの提供状況に対する各職種の認識は、医師では十分 59%、不十分 6% であったが、看護師では十分 39%、不十分 38% となり、看護師で不十分という認識が高い傾向にあった。その一方で、療法士は十分が 10% でしかなく、41% が不十分と感じていた（図 4）。

療法士においては専任での関与が圧倒的に多い

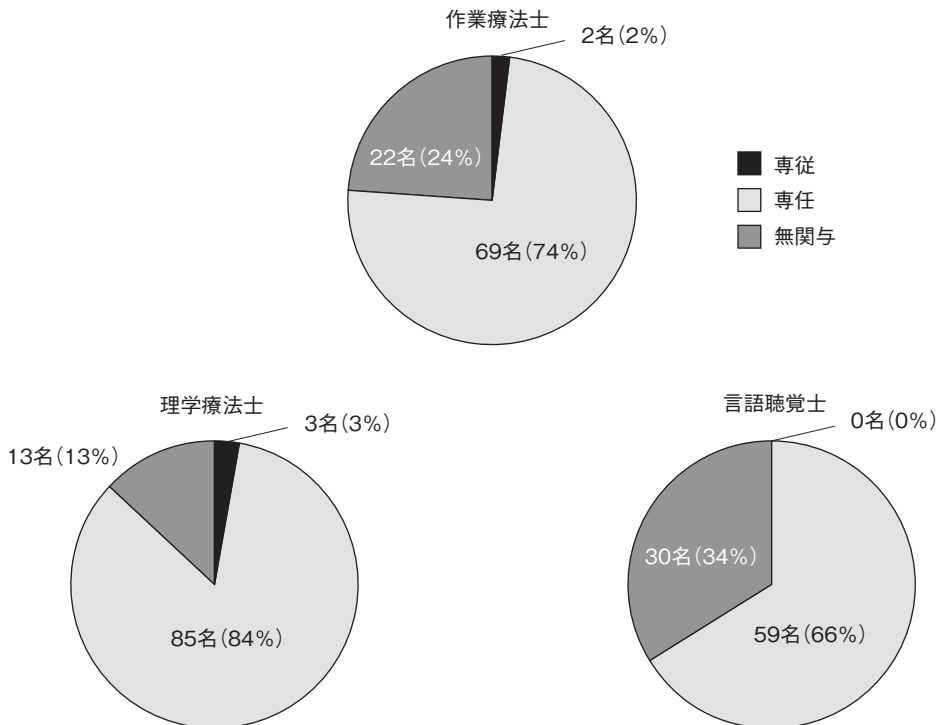


図 2 療法士の緩和ケア病棟への勤務状況

専従は緩和ケア病棟に 8 割以上勤務、専任は緩和ケア病棟での対応と疾患別リハビリテーションとの兼任と定義して調査した。作業療法士 93 名、理学療法士 101 名、言語聴覚士 89 名が関与していた。

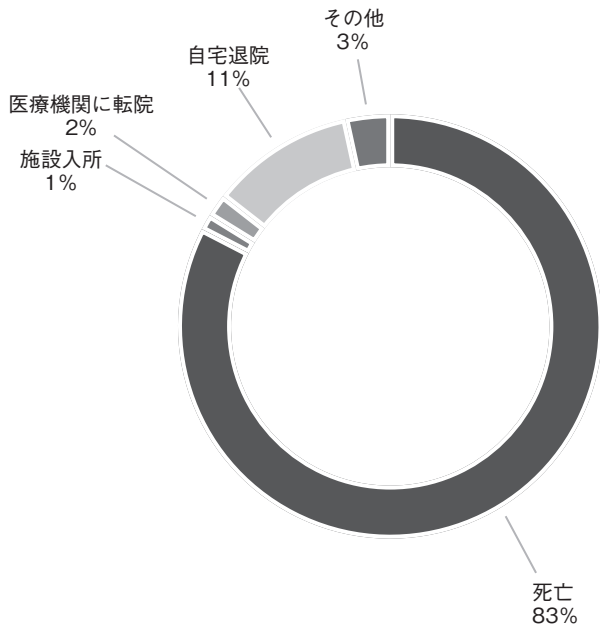


図3 リハビリテーション実施患者の転帰

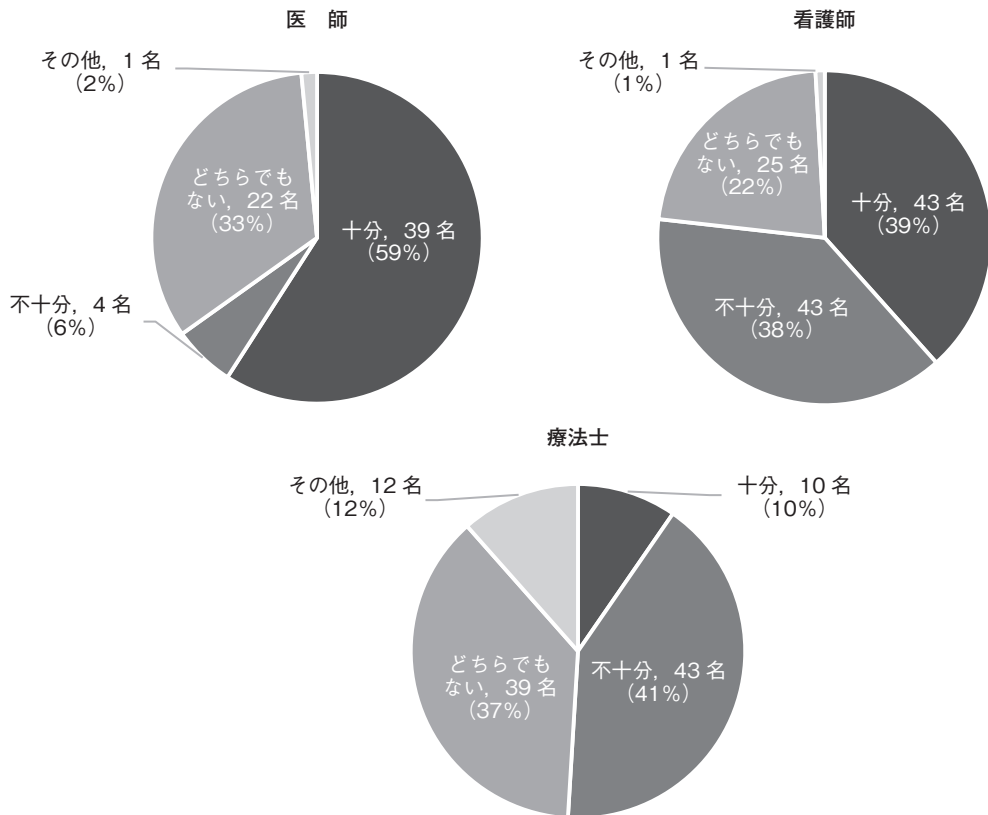


図4 リハビリテーションの提供状況に対する各職種の認識

医師の約6割はリハビリテーションの提供が十分と考えていたが、療法士は1割しか十分な提供ができていると捉えていなかった。



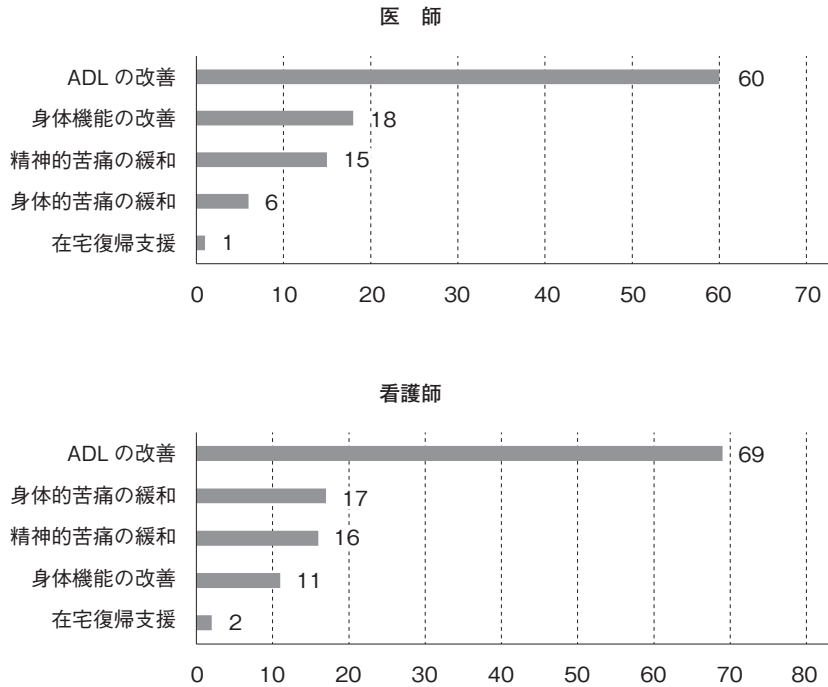


図5 医師，看護師によるリハビリテーションへの期待（件）

緩和ケア病棟の医師，看護師の代表者への質問とし，上位1番目から3番目までの順で回答を得たものの1番目としてあがった項目の順位である。心身機能の改善よりも活動の拡大への期待が大きい。

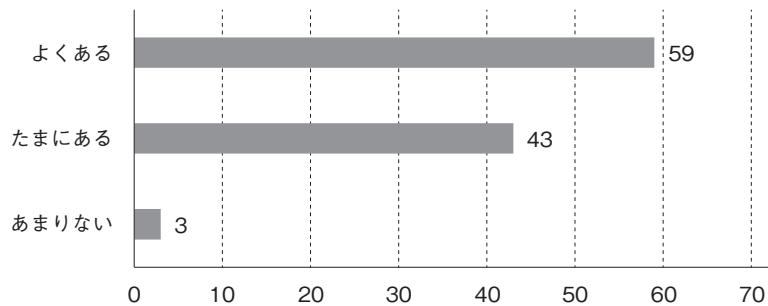


図6 患者や家族からのリハビリテーション実施の希望（件）

状況の中で，無報酬での実施となる緩和ケア病棟での対応に，十分時間を割くことができていない実情が反映された結果であろうと推測される。

医師と看護師のリハビリテーションへの期待を図5に示す。この設問は上位1～3番を回答してもらった形式の問いであり，1番目としてあがった項目の中の順位を示したものである。活動レベルの低い患者への対応となるため，ADLの改善が突出していた。

なお，表には示していないが，在宅復帰支援は両職種の3番目の期待の最上位であった。

現行の緩和ケア病棟の施設基準1には，直近1年間おける在宅退院患者が15%以上と明記されており，看取りに加えて在宅復帰支援への機能強化が図られるようになってきている。

作業療法士や理学療法士は，心身機能の改善や活動の拡大を支援することが職務であり，従来から脳血管疾患などの患者への退院支援を担ってき

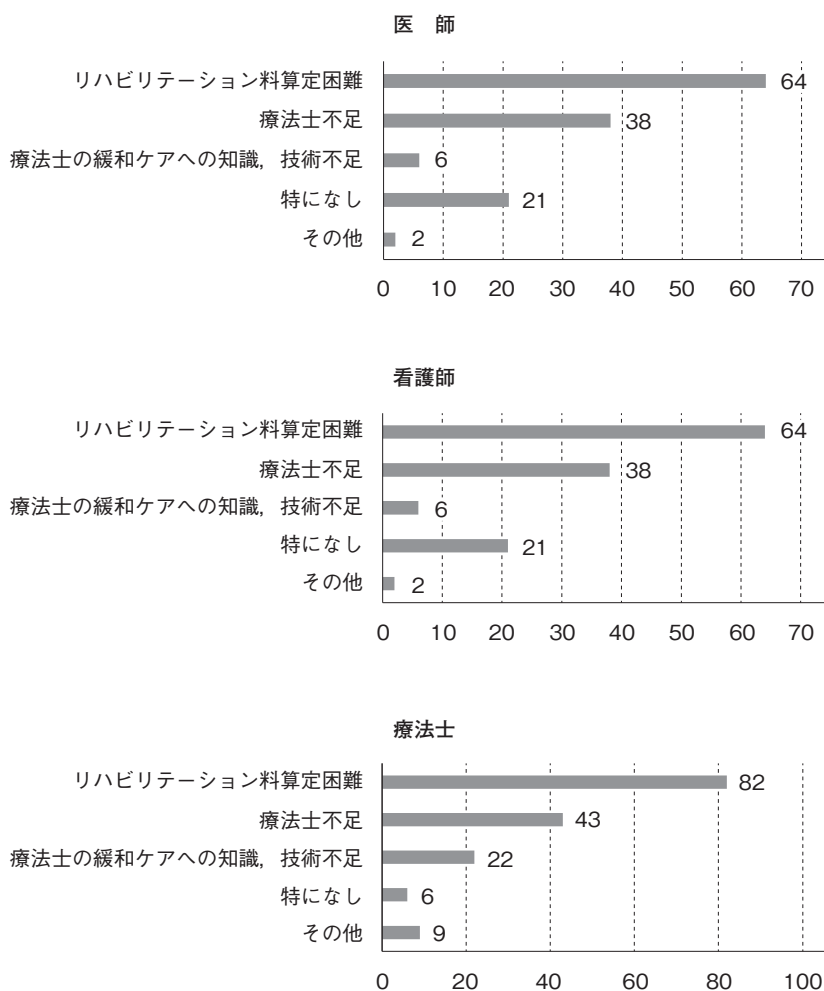


図7 リハビリテーション実施の際の課題（各職種の代表者）

た実績がある。緩和ケア病棟でもこの実践が活用されれば、身体症状を伴う患者においても、安全かつ円滑な退院支援が実現できる。

また、患者や家族からのリハビリテーションの実施の希望も非常に高い状況にある（図6）。原疾患にもよるが、患者が入棟前に一般病棟でリハを実施していたため、実施への希望が寄せられたのではないかと考えられる。

以上のように、医療職はもとより、患者本人や家族からもリハビリテーションへの期待が大きいが分かる。

図7に示す緩和ケア病棟でのリハビリテーションの課題については、各職種で共通して、リハビリテーション料の出来高算定ができないことが

一番の課題としてあがり、次いでマンパワー不足と続いた。

2020年の療法士の有資格者数は、理学療法士182,893名<sup>3)</sup>、作業療法士94,255名<sup>4)</sup>、言語聴覚士34,489名<sup>5)</sup>であり、年々増加してきている<sup>6)</sup>。しかし、その多くが回復期リハビリテーション病棟に勤務しているという実態があり、緩和ケア病棟を有する医療機関での数の増加とは必ずしも一致しない。

将来的には、このマンパワー不足は解消されると推測されるが、リハビリテーション料の出来高算定ができない現行の医療保険制度の見直しが必要な課題であるといえる。

近年、療法士の養成教育の中でも、緩和ケアに

リハビリテーションの実施内容

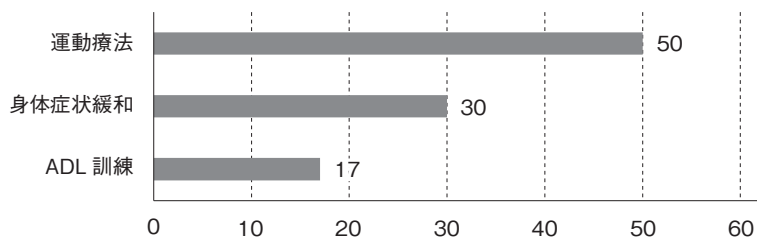


図8 リハビリテーションの実施内容 (件)

リハビリテーション部門の代表者への質問であり，上位1番から3番までの順で回答を得たものの1番目としてあがった項目の順位である。表にはないが，2, 3番目の最上位はADL訓練となっている。

ついでと言及されるようになってきており，理学療法士・作業療法士の国家試験の出題範囲にも明記されている。

加えて，リハビリテーション専門職団体協議会では，2017年よりがんの緩和ケアに関わるリハビリテーション専門職研修会を開催しており，これまでの4回で約600名が修了している。

図8は，リハビリテーションの実施内容である。先にあげた各職種のリハビリテーションへの期待であるADLの改善に対して，開始当初の活動レベルの低さを考慮し，軽負荷での運動療法からの導入がなされ，ADL訓練を併用していることが推測された。

医療費が40兆円を超える中で，リハビリテーション料が占める割合は5.5%に至り，2兆円規模になってきている<sup>10)</sup>。このような状況で，更なる医療費の増加となる緩和ケア病棟でのリハビリテーション料の出来高算定は期待しにくい。

将来的な普及促進に向けては，病棟の施設基準への療法士配置の追記や緩和ケア病棟でのリハビリテーション支援へのチーム加算等による評価を期待したい。

そのためには，この時期のリハビリテーションの効果を適切に評価できる指標によるエビデンスの構築が欠かせず，限られた状況ではあるが，日々の実践の蓄積が重要である。

## 今後の課題

緩和ケア病棟において，リハビリテーション職種には患者の自分らしい生活の維持，改善が期待されている。

症状の進行や苦痛症状に合わせた緩和ケア主体の時期のリハビリテーションは，がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版にて<sup>7)</sup>，患者にとって害が少なく，利益のあるアプローチであるとされ，ADLの維持<sup>8)</sup>，QOLの改善・患者満足度<sup>9)</sup>のエビデンスはグレードBで推奨されている。

しかしながら，医師や看護師から期待，患者本人や家族からの要望が大きい反面，制度上の課題により十分な普及が図られていない側面がある。

## 文献

- 1) 令和2年厚生労働省告示第58号：基本診療料の施設基準等の一部を改正する件「緩和ケア病棟入院料の施設基準等」〔<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603890.pdf>〕(参照日：2020.12.30)
- 2) 高島千敬，田尻寿子，島崎寛将，他：緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題—代表者(医師)への全国調査結果より，第18回日本緩和医療学会学術大会，2013.6.21～22，横浜
- 3) 理学療法士協会統計情報〔<http://www.japanpt.or.jp/about/data/statistics/>〕(参照日：2020.12.30)
- 4) 日本作業療法士協会誌2020年5月号〔<http://www.jaot.or.jp/kankobutsu/pdf/ot-news2020/2020-05.pdf>〕(参照日：2020.12.30)
- 5) 日本言語聴覚士協会〔<https://www.japanslht.or.jp/what/#:~:text=1997%E5%B9%B4%E3%81%AB%E5%9B%BD%E5%AE%B6%E8%B3%87%E6%A0%BC,%E4%BA%BA%E3%81%A8%E3%81%AA%E3>〕

- 81%A3%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82] (参照日：2020.12.30)
- 6) 医療従事者の需給に関する検討会 第3回 理学療法士・作業療法士需給分科会 [https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000499148.pdf] (参照日：2020.12.30)
  - 7) 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会  
がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版. 金原出版, 2019
  - 8) Yoshioka H: Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* 73:199-206, 1994
  - 9) Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al: Changes in and Associations Among Functional Status and Perceived Quality of Life of Patients With Metastatic/Locally Advanced Cancer Receiving Rehabilitation for General Disability. *Am J Hosp Palliat Care* 32:695-702, 2015
  - 10) 令和元年社会医療診療行為別統計の概況 医科診療 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa19/dl/ika.pdf] (参照日：2020.12.30)

# 1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状

## C. 緩和ケアにおけるがんのリハビリテーションの実施状況と今後の課題

岡村 仁

(広島大学大学院 医系科学研究科)

### はじめに

治療技術の進歩に伴い、がん患者の生存率は上昇し、長期生存する患者が増えてきている。しかしその一方で、治療に伴う副作用や後遺症により、あるいは終末期を迎え、日常生活に支障をきたしているがん患者も少なくない。こうしたがん患者の quality of life (QOL) の維持・向上のための1つのアプローチ法としてリハビリテーションは位置づけられ、がんのリハビリテーションへ関心が向けられるようになってきた。

がん患者に対するリハビリテーションは、「患者の身体的—心理的—社会的側面の間に存在している強い結びつきを十分把握すること」に基づくといわれているように<sup>1)</sup>、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面を考慮したアプローチが重要であることが指摘されている。したがって、がん患者に対するリハビリテーションにはリハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といったリハビリテーションの専門家だけでなく、精神科医や臨床心理士、あるいは看護師などさまざまな職種の関わりが必要であり、多職種からなるチーム医療の実践が求められる領域ともいえる。Dietz<sup>2)</sup> は、がん患者の身体的、個人的必要性により cancer rehabilitation を①予防的 (preventive)、②回復的 (restorative)、③維持的あるいは支持的 (supportive)、④緩和的 (palliative) の4つに分類している (表1)。この考えに基づき、緩和ケア領域においても、身体面あるいは精神面へのリハビリテーションの効果が報告されてきているが<sup>3~6)</sup>、依然としてまだ十分に認知されているとは言い難い。

ここではまず、各時期において実施されている

リハビリテーションと実施にあたっての留意点について概説する。次いで、リハビリテーションニーズについて、最後に現状での問題点と今後の課題について述べる。

### 各時期におけるリハビリテーションの実際

疾患のそれぞれの時期においてどのようなリハビリテーションが行われているか、またその際の留意点を緩和ケアの視点を踏まえてまとめた。

#### 1. 外科的治療前後のリハビリテーション

どの疾患においても共通することとして、まずは早期離床を促し、手術前の生活になるべく近づけるように身体機能を改善させることが目標となる。

この時期は治療を開始して間もない患者も多く、「がん」と診断されたことや、手術に伴うボディイメージの変化などにより患者自身が精神的に落ち込みやすい時期であることを十分考慮する必要がある。リハビリテーションを行うにあたっては、患者が自分の疾患についてどのように説明を受け、どのように認識しているかを、まず初めに確認しておくことが大切である。また、現在そしてこれからの生活において患者や家族がどのようなことを不安に感じているかを把握することで、不安を解消できるような情報提供が可能となる。

入院期間が短縮されている現在、入院中に行えるリハビリテーションの時間も限られている。そのため、入院中は認識されないが、退院後に日常生活を行う段階で何か問題が生じてくる可能性も

表1 がんリハビリテーションの分類

1. 予防的 (preventive) リハビリテーション	がんと診断された後、早期に開始。手術、放射線・化学療法の前もしくは後すぐに施行。機能障害はまだない、その予防を目的とする。
2. 回復的 (restorative) リハビリテーション	治療されたが残存する機能や能力をもった患者に対して、最大限の機能回復を目指した包括的訓練。機能障害、能力低下の存在する患者に対して、最大限の機能回復を図る。
3. 維持的 (supportive) リハビリテーション	がんが増大しつつあり、機能障害、能力低下が進行しつつある患者に対して、素早く効果的な手段（例えば、自助具やセルフケアやコツの指導など）により、セルフケアの能力や移動能力を増加させる。拘縮、筋萎縮、筋力低下、褥創のような廃用を予防することも含まれる。
4. 緩和的 (palliative) リハビリテーション	末期がん患者に対し、その要望を尊重しながら身体的、精神的、社会的にQOLの高い生活が送れるようにする。温熱、低周波治療、ポジショニング、呼吸介助、リラクゼーション、補装具の使用などにより、疼痛、呼吸困難、浮腫などの症状緩和や拘縮、褥創の予防などを図る。

考えられる。患者は再発・転移の不安を抱えながら数年から十数年と経過していくといわれており、患者が退院後に悩んだ際に相談できる場を提供すること、受診のタイミングを逃さないように伝えておくこともリハビリテーションの役割である。

## 2. 化学療法中のリハビリテーション

化学療法中は、悪心・嘔吐、骨髄抑制、末梢神経障害など化学療法による副作用により体力低下をきたしやすい。リハビリテーションでは、化学療法中でも体調に合わせて離床を促し、軽負荷の運動療法や座位での作業活動を行うことにより、廃用症候群を予防し体力・筋力の維持を目指す。特に乳幼児や高齢者では、治療中になかなか離床が進まず、治療後著明な廃用症候群をきたす場合も多いため、リハビリテーションスタッフが定期的に訪室し、患者が楽しめる活動を取り入れながら、少量ずつでも動くことを習慣化しておくことが重要となる。

また、現在は入院だけではなく外来化学療法を行っている患者も多く、今後はさらに治療が外来の場に移行していくことが予想される。外来化学療法中の患者は、治療を行いながら自宅での日常生活を継続している。治療の副作用を抱えながら仕事や家事などを続けることは、患者にとって大きな負担となっている場合もよくある。患者が自分自身の症状を把握し、それに合わせた生活リズム

ムを獲得できるよう、患者が生活の中で大切にしている活動を確認し、「やりたいこと・重要なこと」を行えるように、また「やらなくてはならないこと」は簡便化や省略などを提案する。これにより治療中の患者の限られたエネルギーを重点的に費やす活動を明確にしていく。このようにして得られる「自分自身の生活を自分でコントロールできている」感覚は、患者の自信につながっていく。

## 3. 再発・進行期のリハビリテーション

再発・進行がん患者には、がんの進行に伴いさまざまな症状が生じる。全身倦怠感と疲労感により、動く機会を奪われると廃用症候群も合併し患者の全身状態は急激に悪化する場合もあるため、日常生活において最低限の食事・排泄・入浴などセルフケアをなるべく維持していくことが望まれる。リハビリテーションにおいても、少量のメニューを午前・午後に分けて行うなどの対応により、患者の心身機能の維持に努める。

疾患の進行に伴い、患者は次々と起こる身体症状に対応することを余儀なくされている。その中で、疾患の治療が困難となる状況を経験せざるをえない場合も多いこの時期においては、患者への対応も注意を要する。治療を目指している時期には、治療に専念しようとしている患者が多いため、リハビリテーションに対する希望も身体機能の改善が一番に挙げられる。しかし、シフトチェ

ンジの時期にさしかかると、今後の全身状態の悪化を見越して、本当にやりたいことは何かを考えていく必要がある。このシフトチェンジには当然時間がかかり、患者や家族の気持ちは大きく揺れ動く。気持ちが揺らぐことを当然のこととして認識し、受容するとともに、その時々々の気持ちに寄り添いながら、患者と家族の選択を待つ必要がある。リハビリテーションの目標や介入についても、スタッフから押しつけることはせず、患者と家族が現実を受け入れ目標を見出す過程に付き合う必要がある。スタッフは常に「今が一番いい時期」と念頭に置き、患者が希望したことはなるべく早急に叶えられるように、患者自身の残存機能の活用はもちろん、人的サポート・福祉機器の利用・社会資源の利用など、患者を取り巻く環境面へアプローチを行っていく必要がある。

#### 4. 終末期のリハビリテーション

終末期のリハビリテーションにおいては、患者および家族のニーズが最も重要である。最後の時まで「トイレに行きたい」「歩きたい」という希望が強くある場合、患者の機能改善は見込めないとしても、家族への介助方法の指導やベッド周り・トイレ周りの環境調整、歩行補助具の導入などにより、希望に添うことができる。この時期は患者・家族とのコミュニケーションも重要になり、コミュニケーションが困難となってくる患者にはコミュニケーションエイドを導入したり、会話の補助をしたりすることにより、患者・家族・スタッフ間の意思疎通を図る援助を行うこともリハビリテーションの大切な役割である。患者自身、そして家族が「心残り」がないようにすることが望ましい。

また、全身状態が悪化しても、患者のベッドサイドに行き、四肢の関節可動域訓練や下肢の浮腫に対するマッサージ、呼吸介助などの緩和的介入を通して患者の身体に触れることで、最後の時までリハビリテーションを行うことが可能である。

---

### リハビリテーションニーズについて

日本における緩和ケア病棟患者の遺族に対する

アンケート調査で、入院中に困ったこととして、痛み、移動能力障害、ADL能力障害などが挙げられ、終末期であっても85%が歩行ないし車いす移動ができることを望んでいることが示され、これらに対する介入が効果的であり満足いくものとされている<sup>7)</sup>。しかし、遺族による代理評価となっており、患者自身が何に効果を感じ、満足していたかは明らかとなっておらず、また家族の満足度や感情の変化に関して検討された報告はなかった。

そこでわれわれは、がん専門病院に入院中の23名の患者に対してリハビリテーションを2週間実施し、患者とその家族に対して、リハビリテーションの前後で何が変化したかを調査した<sup>8)</sup>。患者の状態は、PS3が12名(52.2%)、4が8名(34.8%)で全体の87%がPS3~4であり、実施されたリハビリテーションの内容は、主として立位訓練、歩行訓練、上肢機能訓練であった。リハビリテーション介入の結果、いくつかの身体面の変化とともに、患者、家族とも感情状態(face scaleによる評価)が大きく変化していた。すなわち、心理的な苦痛がリハビリテーション後に軽減していた。その際、患者と家族のそれぞれから、リハビリテーションの効果をどのようなことで感じたかを調査したところ、患者からは「指導を受けることによる安心感」「精神的支援」などが挙げられ、家族からは「精神面での効果」「楽しみ」「自信回復」など患者の心理面への影響に関する内容が挙げられていた。以上の点から、がん患者に対するリハビリテーションは、身体面での効果だけでなく、心理面での効果を期待できることが示された。

---

### 現状での問題点と今後の課題

これまで述べてきたように、がん患者に対するリハビリテーションの重要性は認識されつつあるものの、がん領域、特に緩和ケア領域においてはまだその認知度は低い。その理由の1つとして、有効性を検証した報告が少ないことが挙げられる。

われわれは、緩和ケアにおけるがんリハビリ

テーションの効果に関して系統的レビューを実施し報告した<sup>9)</sup>。

少し古いデータではあるが、キーワードを“cancer” AND “palliative care” AND “rehabilitation”として、2009年8月17日に医学文献データベース(PubMed)により検索した。さらに、研究デザインは介入研究(後ろ向き研究・症例報告は除外、音楽療法は除外)とし、身体機能・生活機能に焦点を当てた研究に限定した。年に2回(計4回)のディスカッションを重ね、以下の調査項目についてレビューを実施した;筆頭著者、国名、雑誌名、発表年、対象者数、がん部位、女性の割合、年齢、リハビリテーションチームの構成、介入(方法、頻度、1日当たりの時間)、主要転帰、主要結果。その結果、抽出された論文は8件のみであり、そのうち無作為化比較試験は3件であった。この報告以降、無作為化比較試験による研究報告は少しずつ増えてはいるものの、まだその数は限られている。このように、緩和ケア領域でリハビリテーションの実践は行われているものの、そのアウトカム評価については今後の課題といえる。

また、本稿ではリハビリテーションの各論についてはあまり触れなかった。それは、実際に行われている介入は患者個々によりさまざまであること、介入内容はがんが対象だからといって特殊なものではなく、リハビリテーション手技として確立されたものであるからである。むしろ今後の課題は、リハビリテーション従事者ががんに関する知識を身につけ、確立された手技をいかにがん医療の中に取り入れていくかである。

---

## おわりに

2010年度診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料が新設されるなど、がんリハビリテーションへの関心は高まっている。しかし、未

だ緩和ケアにおいてリハビリテーションの必要性が十分に認識されているとは言い難く、質の高いエビデンスもまだ不足していることから、今後のさらなる研究が必要である。しかし、「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」といわれているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要なサポートになることが期待される。

## 文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer* **10** : 281-291, 2002
- 2) Diez JH Jr : Rehabilitation of the cancer patients. *Med Clin North Am* **53** : 607-624, 1969
- 3) Nottelmann L, Jensen LH, Vejgaard TB, et al : A new model of early, integrated palliative care: palliative rehabilitation for newly diagnosed patients with non-resectable cancer. *Support Care Cancer* **27** : 3291-3300, 2019
- 4) Wittry SA, Lam NY, McNalley T : The value of rehabilitation medicine for patients receiving palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* **35** : 889-896, 2018
- 5) Silver JK, Raj VS, Fu JB, et al : Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer* **23** : 3633-3643, 2015
- 6) Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, et al : The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care* **32** : 34-43, 2015
- 7) Yoshioika H : Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* **73** : 199-206, 1994
- 8) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it - results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* **29** : 437-444, 2007
- 9) Abe K, Nakaya N, Sone T, et al : Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. *J Palliat Care Med* **2**:131, 2012 (doi:10.4172/2165-7386.1000131.)



## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### A. 医師からの視点

#### 1) リハビリテーション科医の立場から

宮田知恵子

(独立行政法人国立病院機構東京医療センター 緩和ケア内科・リハビリテーション科)

#### はじめに

がんは、わが国の死因第1位であり、命を脅かす代表的な疾患である。また、その治療成績の向上とともに、ヒトは「生きるとは何か、生活の質 (quality of life: 以下, QOL) とは何か」という、生存期間とは異なった視点でも生命に関する課題と向き合うようになっていく。

#### 緩和ケアとがん患者に対するリハビリテーション診療

緩和ケアは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処 (治療・処置) を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることでQOLを改善するアプローチである」(2002年)と定義されている<sup>1)</sup>。そして、がんのリハビリテーション診療は、「がん治療の一環としてリハビリテーション科医、リハビリテーション専門職により提供される医学的ケアであり、がん患者の身体的、認知的、心理的な障害を診断・治療することで自立度を高め、QOLを向上させるものである」と定義されている<sup>2)</sup>。つまり、両者は、QOLという共通の治療目標を有しており親和性がある。

#### 進行がん・末期がんにおけるリハビリテーション医療の意義

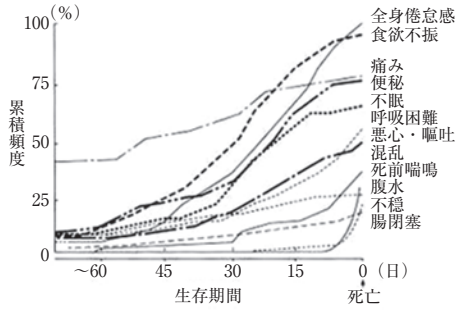
人々がQOLにおいて重要と考える因子にはどのようなものがあるのか。世界的に広く用いられている健康関連QOL評価尺度のSF-36<sup>®</sup> (MOS Short-Form 36-Item Health Survey) の構成要素は、「身体機能」「日常役割機能 (身体)」「体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能 (精神)」「心の健康」の8項目<sup>3)</sup>、質調整生存年 (Quality-Adjusted Life Year; QALY) の算出に用いられる健康関連QOL評価尺度であるEQ-5D<sup>4)</sup> の評価項目には、「移動の程度」「身の回りの管理」「ふだんの活動」「痛み/不快感」「不安/ふさぎ込み」の5項目が挙げられている。これらより、痛みや不安がなく日常の活動が行えることが重要であることが分かる。

進行がんや末期がんでは、病状進行に伴い、QOLに影響を及ぼす問題が複雑化して解決に難渋することが多い。問題の解決が困難な場合、あるいは困難であることが予想される場合には、QOLを治療目標とする専門的なアプローチ=緩和医療・リハビリテーション医療の重要性が高まる。

#### 緩和ケア主体の時期の進行がん・末期がんの臨床症状

図1aは主要な身体症状出現からの生存期間、図1bは日常生活動作 (activities of daily living :

a. 主要な身体症状出現からの生存期間



b. 日常生活動作の障害の出現からの生存期間

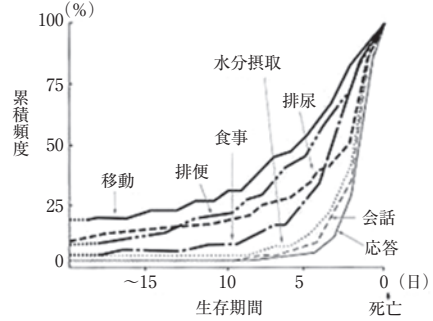


図1 主要な身体症状および日常生活動作の障害の出現からの生存期間

[文献5)より引用]

表1 予測される生命予後と患者の状態に応じたリハビリテーション治療内容の例

予測される生命予後	月単位	週単位	日単位
リハビリテーション治療の 主な目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能の維持</li> <li>日常生活動作 (ADL) の維持</li> <li>社会的役割の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尊厳の維持</li> <li>症状緩和</li> <li>家族ケア</li> </ul>	
患者のおもな活動範囲	屋外 (付き添い)	室内	ベッド上
身体機能・日常生活動作 (ADL) の問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>筋力や体力の低下</li> <li>長距離連続歩行困難</li> <li>階段昇降の制限</li> <li>就労, 家事, 育児, 就学などの制限</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>独歩困難</li> <li>立ち上がり要介助</li> <li>移乗動作要介助</li> <li>セルフケア要介助 (食事・整容・更衣・トイレ動作・入浴など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>経口摂取困難</li> <li>座位保持困難</li> <li>布団の引き上げ動作困難</li> <li>寝返り部分介助~全介助</li> <li>排泄全介助</li> </ul>
リハビリテーション対応ニーズの多い 身体症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>体動時痛</li> <li>労作時呼吸困難</li> <li>倦怠感</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸困難 (安静時・労作時)</li> <li>排痰困難</li> <li>倦怠感</li> <li>不動による痛み (褥瘡・関節拘縮・筋筋膜性疼痛など)</li> <li>浮腫</li> </ul>	
精神心理的・スピリチュアルな問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会的役割の変化によるつらさ</li> <li>病状進行 (将来) に関する漠然とした不安</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活動作能力低下 (他者への依存) に関する苦悩</li> <li>経口摂取困難な状況に対する苦悩</li> <li>自律性の制限による苦悩</li> <li>差し迫った死への恐怖</li> <li>時間性, 関係性の喪失に関する予期悲嘆</li> </ul>	
リハビリテーション治療の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>筋力増強訓練</li> <li>持久力訓練</li> <li>歩行訓練</li> <li>呼吸・動作リズム指導</li> <li>呼吸法指導</li> <li>パニックコントロール指導</li> <li>日常生活動作指導</li> <li>歩行補助具選定</li> <li>環境調整など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リラクゼーション</li> <li>胸郭, 関節可動域訓練</li> <li>立ち上がり, 立位訓練</li> <li>移乗動作訓練</li> <li>環境調整</li> <li>移動手段・補助具の検討</li> <li>日常生活動作 (の簡略化) 指導</li> <li>嚥下機能評価</li> <li>食形態調整, 経口摂取の姿勢の調整</li> <li>ポジショニング</li> <li>浮腫ケア</li> <li>ベッド上での創作活動</li> <li>家族への介助方法指導など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リラクゼーション</li> <li>呼吸介助</li> <li>胸郭, 関節可動域訓練</li> <li>食形態調整, 経口摂取姿勢の調整</li> <li>ポジショニング</li> <li>浮腫ケア</li> <li>家族ケア (家族への介助方法指導) など</li> </ul>

以下、ADL)の障害の出現からの生存期間を示したものである<sup>5)</sup>。代表的な身体症状には疼痛があり病期を問わずに出現するが、生存期間が2カ月未満となると、倦怠感・食思不振・呼吸困難などの頻度も次第に高まり、不眠やせん妄などの精神心理的に負担となる症状の頻度も高まる。そして、生存期間が2週間前後になると移動や排尿排便障害の頻度が高くなり、1週未満では急激にADLの介助量が増加する。

## 進行がん・末期がんのリハビリテーション治療内容

がん患者に対するリハビリテーションの代表的な方法論としては、予防的、回復的、維持的、緩和的と4段階に分けるDietzの病期別分類<sup>6)</sup>があり、進行がん～終末期がんは、「身体機能やADLの維持を主目的とする維持的リハビリテーション」あるいは「QOLの維持を主目的とする緩和的リハビリテーション」の適応となる。2つの病期が明確に切り替わる時期はなく、全身状態や患者の要望を確認しながら、機能予後と生命予後予測に基づいた個別の目標設定を行うなどの配慮が求められる。本稿では、『がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版<sup>7)</sup>』を参考に、予測される生命予後が月単位以下となった場合のリハビリテーション治療内容について概説する。また、図1をもとに、予測される生命予後別に3段階に分けて患者の身体症状や身体機能の問題、各段階に応じて行うリハビリテーション治療内容の例をまとめ表1に示す。

生命予後予測が月単位の場合、連続歩行距離の短縮や同一目的地までの到達時間延長など、日常生活の中で体力の低下を自覚することが多くなり、漠然とした不安につながるものが少なくない。根治治療適応外の進行がんであっても、全身状態が安定している場合には、維持的リハビリテーションとして、身体機能やADLの維持・改善を目的とした運動療法を行うことは可能であり、それにより身体機能とQOLの改善が期待できる。

しかし、病状が進行し、さまざまな症状が出現

してきた場合には、運動療法に加えて症状緩和を目的としたアプローチを組み合わせることが必要となる。その1つには患者教育があり、疼痛を有する場合の動作方法やセルフケア指導、呼吸困難を有する場合の呼吸法やパニックコントロール、呼吸と動作リズム指導などの教育が有用である。また、経皮的電気神経刺激やマッサージなどの疼痛緩和を目的とする物理療法や徒手療法も有用とされており、それらの併用を検討してもよい。

生命予後が週単位となると、立ち上がりやトイレへ移動も困難となり、遠くない未来の自己の「死」に直面することとなる。この時、将来や他者との関係性、自律の喪失に関する苦悩、いわゆるスピリチュアルペインが増大する。そして「自分で身の回りのこともできない状態で生きている意味がない」などの悲嘆の声を上げることも多くなる。スピリチュアルケアの基盤は、ヒトとしての尊厳を大切に接することにある。「支援体制」は患者の尊厳に影響を与える要因の1つであるが<sup>8)</sup>、がん患者の抱える複雑な問題には身体機能やADLに関する内容も多いため、支援チームにリハビリテーション専門職が含まれることが重要である。また、終末期がん患者の多くは“できる限り自分のことは自分でしたい”と希望する。患者の負担を抑えつつ残存能力を最大限に引き出すことで患者の希望実現を支援するリハビリテーションアプローチは、患者のQOLと尊厳の維持に大きな役割を果たす。

生命予後が日単位の場合、患者の家族も患者との死別の時が近いことを感じて心理的な負担が多くなり、「何もしてあげられない」と無力感を感じる家族も少なくない。リハビリテーション専門職は患者に対して治療を施すだけでなく、家族に対しても安全に実施できるマッサージや介助方法などを指導することで、患者と家族の非言語的コミュニケーションを促進し、患者と死別後のグリーフケアにもつなぐことができる。つまり、リハビリテーション治療は家族ケアとしての役割も担っている。

---

## おわりに

予後が限られた進行がん・末期がん患者対しても、リハビリテーション治療が担う役割は大きい。特に、ヒトとしての尊厳を保ち、患者が己の存在価値に苦しむことなく最期まで生き抜くことを支援するという点においては、他のアプローチでは担うことが困難な役割があると考えられる。しかし、現在のがん医療においてまだ十分に浸透していない。今後は、リハビリテーション医療やがん医療に関連した学会などの学術団体での啓発活動とともに、緩和ケア病棟や在宅で療養中の患者に対してもリハビリテーション専門職が積極的に対応できる体制づくりが求められる。

### 文献

- 1) World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2nd ed). Geneva: World Health Organization, 2002
- 2) 辻 哲也：がんに対するリハビリテーション医療の意義. 日本リハビリテーション医学会 監：リハビリテーション医学・医療コアテキスト. pp248-251, 医学書院, 2018
- 3) Fukuhara S, et al: Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol* **51** : 1037-1044, 1998
- 4) 池田俊也, 他：日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. *保健医療科学* **64** : 47-55, 2015
- 5) 恒藤 暁：最新緩和医療学. p19, 20, 最新医学社, 1999
- 6) Dietz JH: Rehabilitation of the cancer patient. *Med Clin North Am* **53**: 607-624, 1969
- 7) 日本リハビリテーション医学会ががんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版. pp 258-286, 金原出版, 2019
- 8) Hack TF, et al: Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology* **13** : 700-704, 2004

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### A. 医師からの視点

#### 2) 緩和ケア専門医の立場から

関根龍一

(亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科)

#### はじめに

筆者は、米国で疼痛・緩和ケアの専門研修を終えた後帰国し、2007年から現職にて緩和ケア診療に従事している。帰国後、進行がん、特に緩和期におけるリハビリテーションがQOLに与える影響に関心をもち、これまで臨床研究にも関わってきた。筆者自らが関わった臨床研究を中心に、以下に述べる。

#### 患者さんの笑顔を臨床データにしたい！

筆者は帰国後、現職で、寝たきりに近い患者や看取り期の患者にもリハビリテーションスタッフ関わっていることに驚いたことが今でも記憶される。筆者が2004～2006年に米国で緩和ケア診療に従事していた頃には、終末期の入院がん患者にリハビリテーションスタッフが日常的に関わる風景に遭遇したことはなかったのだ。

2007年に緩和ケアチーム結成時、リハビリテーション療法士(PT, OT)の複数名が、ぜひ緩和ケアチーム活動に参加したいと志願してくれたことは大変な驚きであり、喜びであった。リハビリテーションスタッフとともに、寝たきりもしくは寝たきりに近いADLのがん患者にもリハビリテーションサポートを日常的に依頼し、患者がどのような経過をたどるか、日々の診療で数年間、観察していった。緩和期のリハビリテーションに適性があり、経験値のあるリハビリテーションスタッフ関わった場合に、多くの進行がん患者

は、リハビリテーションの時間を心待ちにしており、リハビリテーションスタッフにも笑顔を見せてくれることが分かった。この“笑顔”という介入効果をなんとか臨床データに反映できないものかと、私たちは現場から臨床データを集めることを始めた。緩和ケアリハビリテーションの研究は当初難航し、当初の研究計画は頓挫した。その失敗から学んだことは、患者の主観的なQOL評価(現在、緩和ケア研究領域で強調される Patient Report Outcome: PROに相当)にどの尺度を用いるかが、このテーマの研究の成否を決めるということであった。

#### Good Death Inventory 下位尺度を QOL 尺度として用いた研究

われわれ緩和ケア医が普段診療に関わる進行がん患者には、身体機能面から、廃用なし(performance status: PS 0～2)、半寝たきり状態(PS 3)、寝たきり(PS 4)の3段階に大別できる。廃用進行前の患者(PS 2以下)に対しては通常、抗がん治療が行われる。よって、この段階のリハビリテーションは抗がん治療と同時並行に行う支持治療の役割を担い、その重要性は疑問がないだろう。われわれのおもな研究対象は、半寝たきりおよび寝たきりのADLレベルの患者にとって、リハビリテーションがADLとQOLにどのような影響を及ぼすのかという点である。このテーマの研究を聖隷三方原病院と亀田総合病院の2施設で実施することができたので、以下に紹

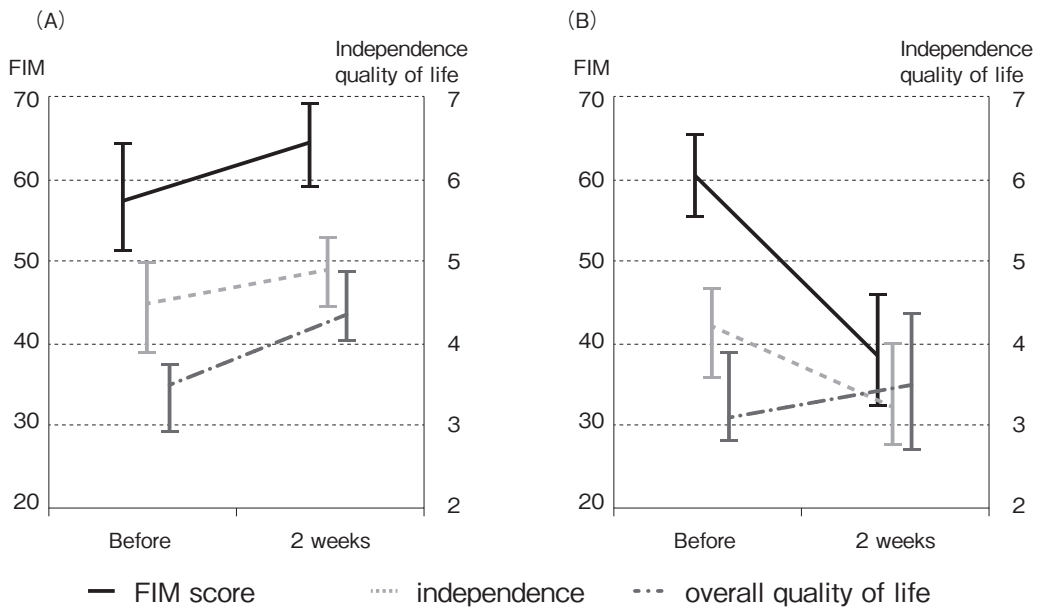


図1 廃用を有する緩和期の進行がん患者のADL, QOLとリハビリテーションの関連

対象患者をA群 (ADLが維持/向上した群) とB群 (ADLが低下した群) の2群に分けて評価した。全体的QOL (overall quality of life) は、EORTC-C30下位尺度 global QOLを用い、自分のことは自分でできる (independence) は、Comprehensive Quality of Life Outcome inventoryを用いて、各々1~7 (数値が高いほど良い) の数値で測定した。FIM: functional independence measure.

介する<sup>1)</sup>。

対象患者は、入院中の進行がん患者であり、2週間以上のリハビリテーションを実施できた患者である。研究デザインは、前向き観察研究として実施し、患者の組み入れは入院中リハビリテーションが開始となった患者全員を連続的に組み入れ、データを収集した。アウトカムとしては、リハビリテーション開始前と2週間のリハビリテーション実施後の2つの測定ポイントにおけるADLと主観的QOLを測定し、リハビリテーション前後の数値の変動を解析した。ADL指標としてFunctional Independence Measure (FIM)を用い、主観的QOLとしてはgood death inventory短縮版下位尺度の中から、緩和期リハビリテーションに関連の深い「自分のことを自分でできること (independence)」、 「楽しみになることがある (pleasure)」、 「他人に負担をかけない (burden to others)」の3指標を測定した。患者本人の主観的QOLはEuropean Organization for Research and Treatment of Cancer C30 (EORTC-C30)の下位尺度 global QOLを測定した。この主観的

QOL尺度を選定できたのは、森田達也先生 (聖隷三方原病院)、宮下光令先生 (東北大学) に親身にご相談に乗っていただけたおかげである。

アウトカム評価のために、組み入れた患者全員を2群に分けた (図1)。A群は廃用がまだそこまで進行しておらず、リハビリテーションでADLの維持/向上が見込める患者群である。A群では、患者のADLは維持/向上し、ADLと連動してQOLも高くなる傾向がみられた。終末期がんであってもA群のように廃用がまだそれほど進行していない場合は、特に患者がリハビリテーションを希望した場合は、リハビリテーションを積極的に実施することが望まれる。B群では廃用がA群より進行しリハビリテーションを2週間実施してもADLの維持が得られなかった。B群では、2週間のリハビリテーション実施後にADLは低下したが、興味深いことに、リハビリテーション前後で全体的なQOLは低下せず、維持されていた。B群では、身体機能面より心理社会面の比重を増やすこと、そして患者の価値観や個別ニーズを把握し、全人的サポートを意識し

たりリハビリテーション診療を実施することで、患者のQOL維持/向上につなげる可能性がある。本研究の大きな限界は、本研究のデザインは介入研究ではなく、前向き観察研究として実施したため、リハビリテーション実施が患者のQOLに与えた効果について因果関係を議論できない点である。

本研究のもう1つの限界として、2週間のリハビリテーション支援の具体的実施内容をデータとして細かく収集できていなかった点がある。研究全体にいえることであるが、特にB群患者のリハビリテーション介入効果を論じるためには、リハビリテーション内容を細かく記述することが重要であり、どういった支援をすれば主観的QOLのどの部分が改善しうるのか、因果関係を明らかにできる研究の実施が求められる。

---

## まとめ

がん終末期の患者に対するリハビリテーション診療が患者のQOLに与える効果に関する研究エ

ビデンスは少しずつ得られてきたが、リハビリテーション介入効果が明らかにQOL向上に有効であることを示すまでには至っていない。診療報酬面では、一般病棟に入院中であれば、病期によらず終末期であってもがんリハビリテーション算定が可能であるのに対して、ホスピス・緩和ケア病棟に入所後は、ホスピス緩和ケア病棟の包括診療制度のため、リハビリテーション診療それ自体の算定はできない状況が続いている。

今後は、がん緩和ケア領域のリハビリテーション介入効果を、前向き介入比較研究か、それと同等の介入効果の測定が可能な研究の実施によって明らかにする必要がある。

## 文献

- 1) Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al : Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability. *Am J Hosp Palliat Care* 32 : 695-702, 2015

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### B. 理学療法士からの視点

矢木健太郎

(聖マリア病院 リハビリテーション室)

#### 理学療法の目的

余命1年未満の進行がん患者に対するリハビリテーションにおいて理学療法士はさまざまな場面で、理学療法を提供する機会が想定される。一般病棟入院中で治療を継続している患者、緩和ケア主体の病態となった患者、あるいは緩和ケア病棟で過ごされている患者や在宅で療養中の患者かもしれない。いずれの場面においても、病態や病状は患者個々で異なり、理学療法の目的も個々人の病態、予後、日常生活動作（activities of daily living：以下、ADL）能力、家族背景や家屋環境、希望などによりそれぞれに変わってくる。理学療法の方法の最終目標は、患者の生活の質（quality of life：以下、QOL）向上である。患者やその家族の希望やニーズを引き出し、現在の身体機能およびADLの能力について評価したうえで生命の予後予測を基にゴール設定を行ってアプローチする。理学療法という手段を用いて、その人らしさを支えて、患者や患者家族のQOLを高めるのである。

#### 患者や患者家族の希望

終末期がん患者の時間的経過に伴う希望内容の変化の研究において中ら<sup>1)</sup>は、緩和ケア病棟入院時は圧倒的に痛みや呼吸困難感、浮腫の軽減などの症状の緩和や病状の回復を希望する患者が多く、その1週間後は症状が緩和された結果、セルフケアや生活環境への希望が上昇し、死亡数日前になると人間関係や実存への希望が高まるとしている。したがって、患者の希望は状況によりさま

ざまに変化することを前提に対応する必要がある。

患者の希望の中でも、症状に関するものは比較的患者は訴えやすく、理学療法士も把握しやすい。症状緩和のための理学療法として、痛みに対するストレッチやモビライゼーションなどの手技や物理療法、呼吸困難感に対する呼吸理学療法、四肢の浮腫に対するリンパ浮腫複合的治療に準じた治療などを提供することができる。一方、症状緩和以外の希望は、引き出すことが困難な場合を多く経験する。終末期がん患者の多くは、がん治療を諦めなければならない状況となり、精神的に失意の状態にある場合も多い。そのような時、患者は何がしたいなどの希望を見出すことが難しい。このような際には、患者やその家族・介護者との信頼関係を構築しながら、少しずつ、その希望を見出していくことが肝要となる。

#### 終末期がん患者への理学療法の役割

終末期のがん患者を対象とした質的研究<sup>2)</sup>では、理学療法を受けることについて患者は日常生活のルーティンを構築してもらえること、運動を行ううえで専門職から指導を受けることができると安心感もたらされること、運動への意欲を保たせてくれること、さらには運動によって倦怠感が軽減することなどを語っている。理学療法が精神的・身体的症状を改善するための治療と捉えられており、終末期がん患者にとっての1つの希望となりうる事が分かる。緩和ケア病棟における理学療法の役割についてEbel<sup>3)</sup>は、5点にまとめている。痛みの軽減、できるだけ長く機能を維



表1 緩和ケア病棟における理学療法の役割<sup>3)</sup>

①	痛みのコントロールのための手技や物理療法の提供 リンパドレナージ、軟部組織モビライゼーション、各種物理療法など
②	必要な補助具や器具、装具などの提供 各種補助具、杖、歩行器、車椅子、リフト、トランスファーボード、各種装具など
③	環境整備 車椅子の調整、棚に届くために設置する高い椅子、リクライニング車椅子
④	体力温存のための省エネ動作指導 省エネルギーでできる起き上がり・立ち上がり方法、どの程度運動を行うことができ、どの程度休憩するべきかの指導、家族など介護者に対する効率的な介助方法指導など
⑤	運動療法

持させる、介護者の介護負担の軽減といったことが可能と指摘している（表1）<sup>3)</sup>。

## 終末期がん患者へのリハビリテーション効果

終末期がん患者に対するリハビリテーションの効果については、1994年にYoshioka<sup>4)</sup>らによるホスピス病棟での研究以降、いくつかの報告がある。がんのリハビリテーション診療ガイドライン<sup>5)</sup>においては、身体機能やADL改善を目的とした訓練に加え、苦痛症状に合わせた徒手療法、呼吸排痰訓練などを組み合わせて行うリハビリテーション治療を包括的リハビリテーション治療と定義し、その効果について、身体機能の改善、ADLの維持、疼痛や倦怠感の軽減、精神面・QOLの改善など、エビデンスレベルBで推奨されている。最近の研究においても、在宅ホスピスケアを受ける患者60名に対する週2回6週間の訪問リハビリテーションによる理学療法プログラムの効果<sup>6)</sup>について、疼痛や抑うつなどの身体的・精神的症状の軽減、転倒リスクの軽減、ADLやQOLの向上が示されている。予後が数カ月単位で望める患者には、身体機能向上を見込むことができ、ゴール設定もそれを前提としたもので達成可能な場合も多い。

これらの研究では、途中死亡された方や体調悪化のために脱落したものは除外されている点に注意が必要である。終末期のがん患者では、悪液質の進行で栄養状態は悪化し、身体機能向上が難しくなり、ADLが低下する時期がくる。そのよう

な時期には、理学療法は身体機能向上に固執するのではなく、身体能力を補う形で動作が可能となるように周囲の環境を調整することで患者の希望を支えていく。ADL低下とともに患者のニーズも変化するため、その要望に合わせた理学療法を提供することがポイントとなる。今後、緩和ケア主体の時期の理学療法の提供がさらに充実するためには、QOLの向上の視点も含めたさらなるエビデンスの構築が求められる。

## どの時期まで理学療法を実施するのか

当院の緩和ケア病棟入院患者とその家族・介護者の希望についての調査<sup>7)</sup>では、外出外泊や散歩、歩行やADLの向上、体力の維持、趣味活動、トイレ、身辺整理、遺品作成、症状コントロール、拘縮予防などが挙げられた。外出や外泊、散歩、趣味活動や身辺整理、遺品作りなどは、車椅子乗車が可能となれば、実現の可能性が高くなるため、その可否は、理学療法を実施するうえで1つのポイントとなる。

そこで、車椅子乗車時間と予後予測スコアの関係について調査した<sup>7)</sup>。予後予測スコアはPPI値<sup>8)</sup>（Palliative Prognostic Index：ADL能力と経口摂取量、身体症状の有無を点数化し生命予後を予測するスコア。点数が低いほど生命予後が長いと予測）を用いた。その結果、PPI値3.5以下で60分以上の車椅子乗車ができる可能性が高いことが分かった。さらにはPPI値4.5以下では30分以上の車椅子乗車を目指すことが可能で、5.5以下までは少しでも車椅子乗車練習が可能であり、逆に

PPI 値が 6.0 を超えると厳しい身体状況となっていることが多く、車椅子乗車自体が難しくなる可能性が示された。PPI 値での評価は車椅子の乗車時間や種類を検討する際に有用である。

当院では、理学療法は患者やその家族が望む限り継続している。逆にいえば、身体機能の向上が望める患者であっても、理学療法を望んでいなければ行わない。終了時期は、患者や家族が理学療法を望まなくなった時である。重篤な状態であっても、患者や家族の希望・主治医の指示のもと、愛護的なストレッチを行うこともある。継続を望まれるかどうかは、それまでに理学療法が患者や家族・介護者に何を提供し、どのような関係性を構築できたかが鍵となる。

さらに臨死期に近づき、理学療法士として専門的な治療ができなくなる時もある。そのような場合には、1 人の医療従事者として、患者やその家族の希望があれば、患者の部屋に立ち寄り、声をかけ、少しの時間でもいいので患者のそばに寄り添うといったことも QOL 向上の観点から大切な行為である。このようなことが実践できるといったことも、緩和ケアに携わる理学療法士に求められる資質の 1 つであると考え。

## 文献

- 1) 中恵美子, 三輪尚子, 東 美香, 他: 末期がん患者の希望に関する研究. 死の臨床 21 : 76-79, 1998
- 2) Gulde I, Oldervoll LM, Martin C: Palliative cancer patients' experience of physical activity. J Palliat Care 27 : 296-302, 2011
- 3) Ebel S, Langer K: The role of the physical therapist in hospice care. Am J Hosp Palliat Care 10 : 32-35, 1993
- 4) Yoshioka H: Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med 73 : 199-206, 1994
- 5) 日本リハビリテーション医学会, がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編: 進行がん・末期がん. がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第 2 版, pp263-268, 金原出版, 2019
- 6) Ćwirlej-Sozańska A, Wójcicka A, Kluska E, et al: Assessment of the effects of a multi-component, individualized physiotherapy program in patients receiving hospice services in the home. BMC Palliat Care 19 : 101, 2020
- 7) 矢木健太郎, 井手 陸: 緩和ケア病棟におけるリハビリテーション実施患者の希望の調査および離床耐久性と予後予測スコアとの関係. Palliat Care Res 12 : 801-806, 2017
- 8) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al: The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 7 : 128-133, 1999

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### C. 作業療法士からの視点

田尻寿子

(静岡県立静岡がんセンター)

#### はじめに

WHOによる緩和ケアの定義(2002)<sup>1)</sup>の中でも、リハビリテーションの一翼を担う作業療法という職能上貢献が期待される項目は、「患者が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する」「QOLを高める」「心理的・スピリチュアルなケア」ではないかと考える。

以下に作業療法士として、その人らしさを大切に人生の集大成の時を生きていただくための支援について述べさせていただきます。

#### 作業療法 (occupational therapy) とは

WFOT (2012) の定義では、作業療法は a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation とされており、「クライアント中心の医療専門職」とであると述べられている<sup>2)</sup>。

日本においても、「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値をもつ生活行為を指す(日本作業療法士協会2018)<sup>3)</sup>」と定義されている。「作業」は具体的には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれ、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業活動を利用したり、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目

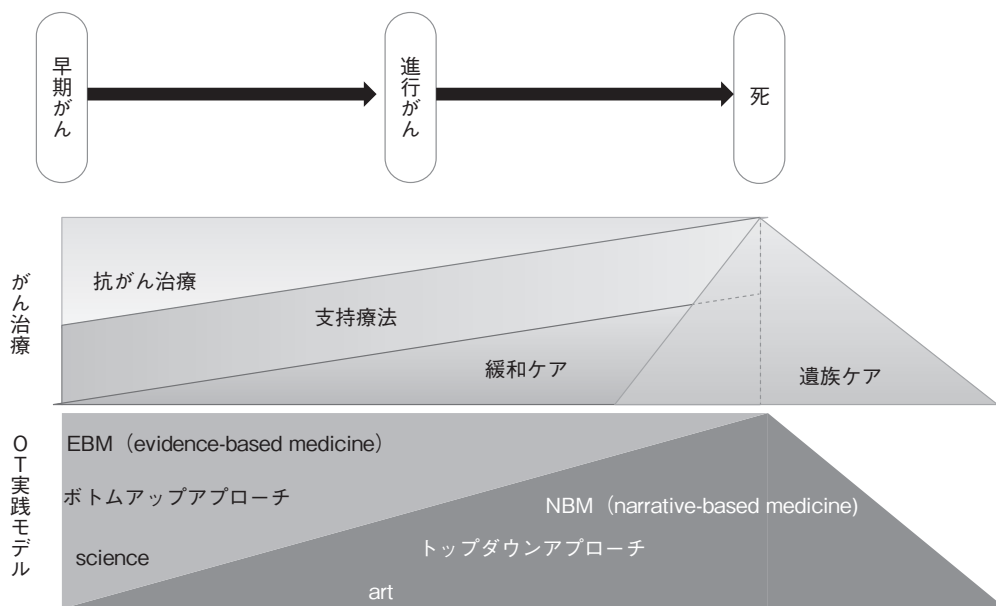
的として利用したりすること、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる。

特に各人が大切にされている作業活動を「意味のある作業/生活行為」として重視し、死期を意識せざるをえない方々には、「行いたい作業/生活行為」を聴取し、優先的に支援する努力をしている。

#### 進行がん・終末期に必要とされる作業療法実践モデル

がんの自然史に応じた作業療法の実践モデルを図1に示す。周術期など腫瘍に対する治療が奏功する時期においては、ICIDHにおける機能障害 (impairment) や ICF における「心身機能・構造 (body function and structures)」の要素的機能から評価・治療を開始し、ICIDHにおける「能力低下 (disabilities)」や ICF における「活動 (activities)」, ICIDH における「社会的不利 (handicaps)」や ICF における「参加 (participation)」への適応を図る、「くみ上げ方式」としての「ボトムアップ・アプローチ」<sup>4)</sup>の比重を多くしてアプローチすることが多い。そうすることで自然に個々人の行いたい活動が実践可能となる。

しかし、緩和ケアを主体とした時期に移行すると、障害が重度で完全な治癒が見込めない場合や、課題が多すぎてすべてに対してリハビリテーションを行うことは患者にとって過負荷となると予測される場合などが増え、患者が行いたい作業/生活行為を目標に据え置き、問題点を絞り込んで介入するトップダウン・アプローチ<sup>4)</sup>の比重を大きくしていくほうが有効である場合が多い。



ボトムアップアプローチ：医学的アプローチによる「治療」を基盤に、すべての問題点に介入して回復を目指すアプローチ。トップダウンアプローチ：個人の価値観や優先する事柄から解決していくアプローチ。

図1 がんの自然史（進行）に伴った作業療法実践におけるモデルの概念図

トップダウン・アプローチにおいて、目標を設定する時、「今まで大切にしていた作業/生活行為や大切な人や動物との関係性や役割を継続できることを目標としたり、手段としたりして選択できると、「その人らしく」過ごしていただくことができるのではないかと考える。

## 「その人らしさを大切に、人生の集大成の時を生ききるための作業療法支援」

### 1. 大切にしている作業/生活行為、関係性、役割を聴取する

作業療法を開始したり、継続したりする時は、苦痛などの「主訴」だけではなく、「希望」も確認できるとよいが、「希望」を聴取しても実際に実現できないのではとの懸念がある時は、なかなか正面きって尋ねることがはばかれることもある。

また進行がん・終末期の時期になると、さまざまな苦痛が出現し、意欲が低下し、希望を表出する元気がない場合も多い。

そのような時は、まず「身体的苦痛へのアプ

ローチ」から介入する。

### 2. 身体的苦痛へのアプローチにより「語り」を促す

終末期には、さまざまな疼痛が出現しうが、そのうち作業療法士として介入しうるアプローチの例を示す。終末期など体動困難となる中では、同一肢位をとったり、呼吸苦でヘッドアップ位をとり続けたり、浮腫による上肢の重さが肩にかかることで、「肩こり」「後頸部の痛み」を自覚していることが多い。作業療法士は、上肢帯～手指の機能解剖について得意としているため、肩甲骨周囲の筋のストレッチや上肢の関節可動域訓練、上肢の重さを軽減するためのポジショニングなどを行うことにより「心地良さ」や「リラクゼーション」が得られることがある。そのような時に「今までは仕事が生きがかったけど、できなくなってしまって」など、今までの人生について語り、「〇〇したいなあ」「子どもに〇〇してあげたい」などの希望が聞かれることがあり、「潜在的なニード」がキャッチできる瞬間が生じる。

### 3. 大切な作業 / 生活行為を実現するための作業療法アプローチ

#### 1) 自立度を維持・改善するためのアプローチ

機能障害の改善が困難な時期においては、2 次的な合併症を最小限にとどめ、残された機能を最大限に活用する方法を検討し、ADL や IADL の維持・向上を目指す。特に大切にしている生活行為を優先的に選択し、介入することが多い。

具体的には、残存機能を活かす方法を導入したり、自助具や福祉用具を導入して、エネルギーを温存したりして、結果としてできることを増やしたりする<sup>5)</sup>。能動的に活動ができることは、周囲へ頼らなければならないなどの心理的負担感や、排泄動作を人に頼らなければならないなどの自尊心の低下を抑制することができ、尊厳を守り、社会的・精神的苦痛を抑制することにつながっていく。

#### 2) 社会的苦痛へのアプローチ

仕事や家事など社会的な役割を全うしたいと願う方々も多い。しかしながら、進行がん・終末期などの時期には、身体機能や体力が低下したり、継続している化学療法の有毒性が蓄積し、有害事象などが徐々に重症化したりしてくる時期であり、仕事や家事に支障が生じてくる。脳転移が出現し、上肢の運動麻痺や高次脳機能障害が生じた時の就労支援の際には、仕事に必要な課題を分析し、機能訓練だけではなく、代償的な方法や職場環境への働きかけなど、両立支援コーディネーターなどと一緒に検討していく。また、骨転移が生じた際には、医師に安静度を確認し、回避したほうがよい動作を避け、安全な動作方法を指導する。例えば、上腕骨の骨転移の際には、「荷重・念転を避ける」「重い物は持たない」などの生活指導を行う。化学療法誘発性末梢神経障害や爪囲炎などが生じて巧緻動作やピンチ力が低下した際には、末梢神経障害を有する際の対処方法に準じて生活指導を行う。さらには、倦怠感などを生じている場合には、エネルギーを温存したり、途中で休息を入れたりするなどの仕事の仕方について、提案する。いずれ仕事場を去らなければならない時には「仕事の引き継ぎ、整理」などを意識

されることもあり、心理的な喪失体験に寄り添いながら介入する。

### 4. 精神的苦痛および実存的苦痛へのアプローチ

終末期には、身体機能だけではなく、仕事や趣味、社会的地位などの喪失を繰り返し、抑うつ状態になる人が増えるといわれている。作業療法士としては、前述のように代償動的手段を検討したり、安全性の高い動作方法を指導したりするなどして、極力喪失体験を少なくすることで、意欲をもち続けられるように支援する<sup>6)</sup>。

また、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）の次元として挙げられている「自律性」や「関係性」「時間性」を意識したアプローチにより、スピリチュアルペインのケアとしての作業療法を実践できる可能性がある<sup>7,8)</sup>。

そして能動的に行いたい「作業 / 生活行為」を実現するには、活動性が低下する直前の「今、この時」を逃さないよう、チームで時期を吟味する必要がある。

---

### 終末期に作業療法士はいつまで関わる ことができるか？

作業療法士が関わりうる時期は、患者・家族の needs やそれまでの関係性、施設内でのさまざまな事情（地域での役割、施設の理念、リハビリテーション関連職種の人員など）により違いがある。

また、介入内容によっても、中止の時期には違いがある。患者自身が能動的に動くこと（ADL 動作など）に関しては、能動的に動けなくなった時点で終了になるか、症状緩和的アプローチに移行することになるが、リンパ浮腫や身体的苦痛、最期に行っておきたい活動を支援する場合には、逝去直前まで介入することもある。以下に、基本的な考え方の例を示す。

- 1) 患者（家族）が終了にしたいと希望された時
- 2) 介入することによりリスクが生じる時
- 3) 家族・大切な方との時間にエネルギーを使

用していただいたほうが良いと思われる時  
4) 患者の意識レベルが低下した時

終末期には、患者の希望が優先されるため、作業療法介入が苦痛ではないか、続けたい気持ちがあるかどうかを確認しながら介入する。そのため、本人の意思が確認できなくなった時点で積極的な介入を終了することが多いが、その後もポジショニングの検討などで訪室を続けることもある。

---

## 遺族ケアとしての作業療法士の役割

### 1. 終末期にさしかかり、家族が「何かできることはないか？」と考える時

終末期において、家族がケアに参加し、「患者の意向に沿うことができた」と感じられるように、介護方法や症状緩和の方法（関節可動域訓練、ストレッチ、浮腫肢へのタッチングを中心としたマッサージなど）を家族に伝える。その際は、十分なリスク管理の観点を忘れず、家族の疲労や予期不安、予期的な対象喪失の心理を十分に理解し、良いときを過ごせるように支援する。

### 2. 患者が家族やお世話になった方への「お礼」、家族への「伝承」を希望した時

家族やお世話になった方々に対して、お礼の手紙を書く、手のリハビリテーションを兼ねて何か作品を遺す、レシピを家族に伝承するなどを希望

されることがある。それらの活動を OT の中で実現していく。

---

## おわりに

作業療法士として重要に考えている作業 / 生活行為を目的・手段として、患者や患者を取り巻く方々が、人生の集大成である最期の時を、生き活きと生ききることを支援したいと考える。

## 文献

- 1) 緩和ケア関連団体会議作成：WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）. 日本語定訳, 2018
- 2) 日本作業療法士協会ホームページ [https://www.jaot.or.jp/wfot/wfot] (2020. 11. 3 アクセス)
- 3) 日本作業療法士協会ホームページ [https://www.jaot.or.jp/about/definition/] (2020. 11. 3 アクセス)
- 4) 大嶋伸雄：ボトムアップ・アプローチとトップ・ダウンアプローチ. 大嶋伸雄 編：身体障害の作業療法第2版プログラム立案のポイント. p.22-35, 中央法規出版, 2016
- 5) 田尻寿子, 市川るみ子, 辻哲也：進行がん患者における日常生活動作（ADL）の障害へのアプローチ—セルフケアを中心に. 緩和ケア 16：28-35, 2006
- 6) 田尻寿子：活動を維持するために：患者・家族の精神的苦痛への対応. MB Med Reha 247：50-57, 2020
- 7) 保坂 隆 編：がんリハビリテーション心理学. 医歯薬出版, 2017
- 8) 田尻寿子：スピリチュアルケアを参考に作業療法する. 臨床作業療法 15：43-49, 2018

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### D. 言語聴覚士からの視点

安藤牧子

(慶應義塾大学病院 リハビリテーション科)

がんのリハビリテーションにおける言語聴覚療法の内容を表1に示した。介入時期は術前の予防期から周術期、回復・維持期、そして終末期にまで及ぶ。周術期や回復期のアプローチに比べると終末期には環境調整や代償手段の導入が多くなる。余命1年未満の進行がん患者に言語聴覚士としてどのようなアプローチを行うのかを、摂食嚥下障害とコミュニケーション障害の面から述べていきたい。

#### 摂食嚥下障害に対するアプローチ

##### 1. 関わる疾患や介入時期

周術期において摂食嚥下訓練を積極的に行う頭頸部がんよりも、終末期ではほかの臓器がん、例えば脳腫瘍、肺がん、食道がんなどの疾患において、意識障害や悪液質によるサルコペニアで嚥下器官の筋力低下を生じたり、縦郭転移による反回神経麻痺の進行により声門閉鎖不全を生じ、誤嚥に至っている症例への介入を行うことが多い。ま

た、人工呼吸器装着下での介入を行うこともある。

介入時期は症例により異なるが、看取り前日まで介入することもある。

##### 2. アプローチ内容

###### 1) 一定期間全身状態が安定している症例に対して

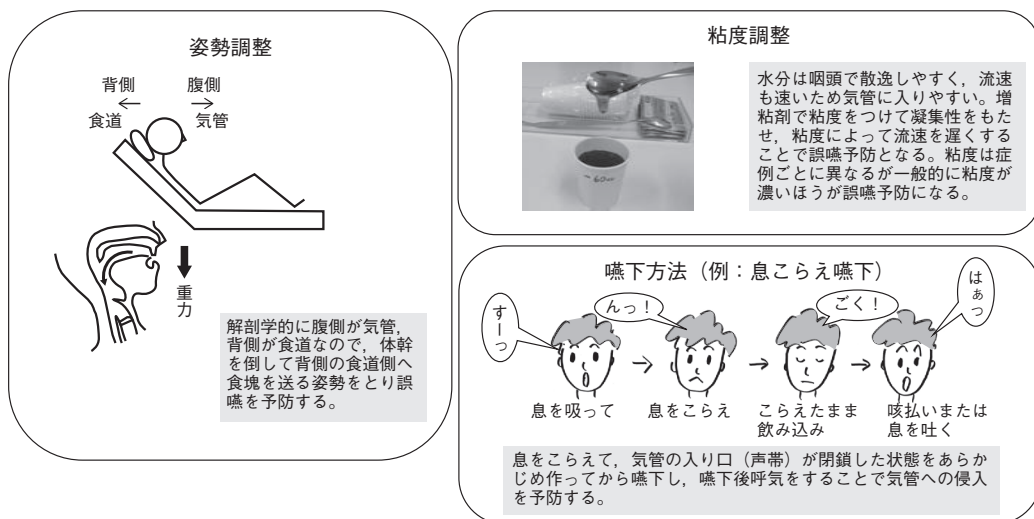
低負荷の嚥下筋の筋力増強訓練など機能訓練を継続的に行う。経口摂取に際しては、スクリーニング検査や必要に応じて嚥下造影検査もしくは嚥下内視鏡検査を行い、誤嚥予防の姿勢調整や適切な食形態を評価する。一般的に誤嚥予防のアプローチとして行うのは、①姿勢調整、②粘度調整、③嚥下方法の工夫などである(図1)。

###### 2) 予後が週単位の症例に対して

本人や家族の意思を確認しながら、「食べる」「味わう」ことを安全に行えるよう、環境調整やどのような手段を用いるかの選定をサポートする。「食べる」ためのアプローチでは誤嚥のリス

表1 がんのリハビリテーションにおける言語聴覚療法

障害	原因疾患	言語聴覚療法内容
摂食嚥下障害	脳腫瘍、頭頸部がん、食道がん、肺がんなど	嚥下訓練(前頸筋筋力増強、声門閉鎖訓練や嚥下方法の習得など)、姿勢や食形態調整などの環境調整の評価・指導
失語など高次脳機能障害	脳腫瘍	脳血管障害に準じた失語・高次脳機能訓練、音声言語によらないコミュニケーション代替手段の選定と習得のための訓練
構音障害	脳腫瘍、頭頸部がん	代償構音習得も含めた構音訓練、補綴物の評価・訓練(頭頸部がんの場合)
音声障害、音声喪失	喉頭がん、反回神経麻痺	声門閉鎖を目的とした音声訓練、代用音声訓練(電気式人工喉頭使用、食道発声、シャント発声)





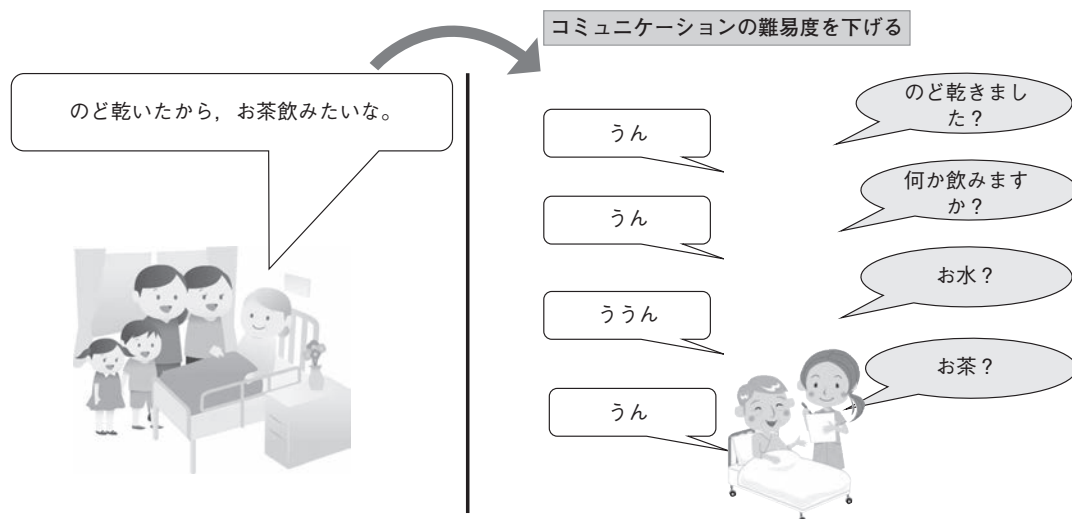


図3 コミュニケーションレベルの調整

ション障害に対するアプローチ内容を述べる。

## 1. 失語症

### 1) 関わる疾患や介入時期

原発・転移性脳腫瘍やトルソー症候群による脳卒中により失語症や高次脳機能障害を生じる。終末期では、これらの症状が段階的に増悪することが多く、症状が変化したタイミングでコミュニケーションのレベルを変更するなどの介入が必要である。積極的な介入から支持的介入、また家族への指導も適宜必要であり、介入時期も症例によりさまざまである。

### 2) アプローチ内容

言語機能評価から患者のコミュニケーション障害の程度を正確に把握したうえで、よりストレスが少ないコミュニケーション手段、つまり代償手段を提示する。代表的なものはコミュニケーション

ノートである(図2)。代償手段は、本人だけでなく、家族など周囲の人が使用方法を的確に理解していないと有効に使えないため、適宜指導・介入を行う。

症状が進行した場合はより難易度の低いコミュニケーションの取り方、つまりクローズドクエスチョンで本人の反応を引き出すなど、働きかけ方を変えるよう指導する(図3)。

## 2. 音声喪失

食道発声やシャント発声を用いている場合、状態が悪化してくると声量低下や発声が困難になる場合がある。その時は、電気式人工喉頭へ切り替えて体力に負担がかからない発声方法へ変更を促す。また自身で電気式人工喉頭を保持することが困難な場合は、介助して使用するよう家族やスタッフへ指導する。

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### E. 心理職からの視点

栗原幸江

(がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科／認定 NPO 法人 マギーズ東京, 心理療法士)

#### はじめに

がん罹患を告げられたとき、それまでの人生航路を導いてきた海図を失い、「先が見えなくなる」「どこに進んだらよいか方向が分からなくなる」怒涛に投げ込まれるようだと語る人がある。また、目の前に「死」が立ちはだかるショックと混乱の中、玉石混交の情報の渦の中に飲み込まれそうになりながら、治療選択をはじめさまざまな決断を迫られるという人もいる。また、気持ちが追いつく間もなく治療のスケジュールが否応なしに「それまでの日常のペース」を乱し、疾患の症状や治療が体調や行動に影響を及ぼすという人も少なくない。このように、がんの罹患、そしてその闘病の道のりにおいて、患者はさまざまな喪失を重ねる。

がん罹患に伴う喪失体験としては、疾患や治療により身体の部位や機能を失う、体力を失う、外見が変わる、休職や離職など社会的役割を失うといった、「目に見えやすい」喪失もあれば、それまで描いてきた「人生航路」の方向転換を迫られる、それまで注力してきた仕事や社会的役割を手放さねばならなくなり自分の価値が分からなくなる、「がん」を意識する周囲とのコミュニケーションにぎこちなさが生まれ孤独を強いられる、といった「目に見えにくい」喪失体験も少なくない。

さらには、身体機能への障害（＝生活スタイルの変容）に伴い（たとえ一時的でも）、他者への依存度の増加と重要他者との関係性の変容（＝社会的役割や自己価値の変容、人間関係の変化）が生じるなど、喪失が連鎖的な影響を及ぼすこともある。このように、患者は、疾患の直接的・間接

的影響やがんの治療過程において生じた喪失や障害を抱え、「これまでとは違う」生活と、新たな自分と向き合わされることになる。緩和ケア主体の時期に入る患者は、こうして積み重なってゆく喪失とともに「死」の接近を身体で感じ取っているかもしれないということを心に留めておきたい。

#### 「自分の力を取り戻す」呼び水としてのリハビリテーション

リハビリテーション（Rehabilitation）という言葉は、もともとラテン語に由来し、re（再び）+ habilis（適した）+ ation（すること）、すなわち「再び適した状態にすること」を意味する<sup>1)</sup>。がん患者のリハビリテーションは、予防目的、回復目的、維持目的、および緩和目的の4つに分類される（Diezの分類<sup>2)</sup>）が、闘病の道のりの各時期において組み立てられるそれぞれのリハビリテーションプログラムは、単に身体的側面への働きかけのみならず、それぞれに「(その時の状況に応じて)再び適した状態になること」を目標に、患者自身に「できること」「取り組むこと」を与え、自己コントロール感や自信を回復させるうえで重要な役割を担う。

緩和ケアが主体となる時期に入ると、リハビリテーションの働きかけは、より「心のケア」の部分が大きくなるかもしれない。「たとえ〇〇はできなくても」「たとえ身体機能や体力は失っても」、ケアとしての緩和的リハビリテーションを通して、「自分が大切にされる体験」を通して、「大切にされる価値がある自分」を感じられるの

ではないかと思う。

## グリーンケア的側面

リハビリテーションプログラムへの参加は、特に病状の進行期には、患者に失ったもの（たとえば機能）を自覚させることになってしまうことが少なくない。喪失を悲しむグリーンワークの側面と、「その時その時の自分にできること」を積み重ねることを通じて、自己効力感を養っていく側面をもつという、その両輪を忘れないようにしたい。中には、不可逆的な機能喪失や後遺症など障害の「厳しい現実」に向き合わされる状況で、「治らない」「この障害（喪失）とこれからもずっと付き合っていかなければならない」という現実を前に、少しずつ「(病前の自分に戻る) 期待」のハードルを下げながら、「その時の自分に適した目標設定や優先順位」を細やかに調整してゆくことが求められる。それがその先にある、緩和的リハビリテーションの時期に向けての準備となるかもしれない。

緩和的リハビリテーションの対象となる患者は、病状の進行に伴う症状の増悪や機能障害、運動性の低下と向き合わされ、また周囲への依存度が高まり、「自己価値」が大きく揺らぐことも少なくない。この時期のリハビリテーションは、喪失をしっかりと悲しみつつ、「今できること」や「そういう状況を生きる意味」を再構築するなど、「グリーンケア」の色合いもぐっと濃くなる。リハビリテーションのセッション中に「悲しみ」「グリーン」が吐露されるならば、それは患者にとってそこが「グリーンワーク（喪の作業）」が可能となる安心安全の場と認識されている、と受け止めてもらえたら幸いだ。

## 緩和的リハビリテーションの意義

### 1. 「希望」をつなぐ

緩和的リハビリテーションの対象となる終末期は、体力や身体機能低下が顕著になってくる時期でもあり、患者は自らの身体感覚から病状進行を感じ取り、「できなくなったこと」が増えている

ことを自覚させられ、それが無力感や不全感、そして「遠くない先にある死」の不安が惹起されることもしばしばある。そのような時に、リハビリテーションを通して移動の工夫、残存機能の工夫、福祉用具などの活用など「自分なりに工夫してできること」を見つけられることが、「励み」や「楽しみ」、そして「自己コントロール感の維持」につながりうるだろう。特に「小さな達成感・成功体験」が意欲と自信を育む。「希望」は常に形を変えながら見出していかれるものであることを意識し、その人にとっての「希望」をつないでいけるような「リハビリテーションメニュー」を工夫したい。

また、作業療法の内容の中には、患者にとって「大切な人への思いを込めて何かを作る」「何かを遺す」ことにつながるものがある。それは患者にとって「楽しみ」「目標」となると同時に、「大切な人とのつながりを感じる」豊かな時間となるだろう。

### 2. 快刺激の提供

終末期になると、いわゆる機能訓練的な能動的なリハビリテーションから、不動による廃用症候群予防を目的としたストレッチやPROM（関節可動域の受動的な運動）、浮腫に対するリンパドレナージなど、症状緩和を意図した受動的なリハビリテーションへとシフトしてゆく。それは、患者にとって快刺激となると同時に、「症状緩和に対してできる工夫」のもたらす安心感をもたらしらるだろう。

### 3. リハビリテーションを通じて育まれてきた関係性が支える「ケア」

回復期や維持期のリハビリテーションを通して、その患者のグリーンワークに関わり、その人となりや喜びや悔しさ、がんばりやよりどころなどを傍らで見つめてきたセラピストの存在は、患者にとってとても大きい。関係性は双方向で育まれるものであるから、セラピストにとってもその患者の存在は大きいだろう。こうして育まれてきた関係性は、緩和主体の時期に入っても意味深い。「いわゆるリハビリテーションとしてできる

こと」は限られていたとしても、患者にとってそのセラピストの来訪が1日の楽しみとなったりする。その来訪自体が「緩和ケア」となる。

---

## リハビリテーションに期待すること： 多職種連携と協働

緩和的リハビリテーションは、いわゆる「成果」が目に見えにくいかもしれない。病状の進行や体力の低下によって「できなくなること」が「できること」を凌駕してゆくなかで、患者さんの「モチベーション」や「楽しみ」といった主観的なものが物差しになるからだ。

施設内でのリハビリテーションの専門職の人数によっては、なかなか緩和的リハビリテーションにマンパワーを割けない、という厳しい事情もあるかもしれないが、リハビリテーション専門職に

よる的確な見立てとリハビリテーションメニューの工夫を、看護師など他の医療スタッフや家族などが実践できるように指導するなど、連携や協働を通じてリハビリテーションをケアの一環にとりいれられるようにすることで、患者が緩和的リハビリテーションの恩恵を長く享受できるようにすることが可能となる。それは周囲の者にとっても、「患者のためにできること」により不全感や無力感が和らげられるということにもつながるだろう。そのための多職種連携を、そして協働を育んでもらいたい。

### 文献

- 1) 上田 敏=リハビリテーションを考える―障害者の全人間的復権。障害者問題双書。1989
- 2) Diez JH: Rehabilitation of the cancer patients. Med Clin North Am 53 : 607-624, 1969

### 3. 各施設におけるがんのリハビリテーションの工夫 —緩和ケア主体の時期を中心に

#### A. 病院診療（緩和ケア病棟・ホスピス）

##### 1) 緩和ケア病棟における終末期がん患者のADLとリハビリテーション診療

添田 遼<sup>\*1</sup> 辻 哲也<sup>\*2</sup>

(\*1 鶴巻温泉病院 リハビリテーション部 \*2 慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室)

#### 緩和ケア病棟におけるリハビリテーション診療について

緩和ケア病棟（palliative care unit：PCU）における終末期がん患者に対するリハビリテーション診療により、日常生活動作（activities of daily living：ADL）の維持・改善<sup>1)</sup>、quality of life（以下、QOL）の維持・改善<sup>1)</sup>、望ましい最期（good death）の達成への効果<sup>2)</sup>が期待される。したがって、リハビリテーションアプローチを適切に行うためには、ADLの推移を予測しつつ、患者・家族の希望に沿ったアプローチ内容を検討し、リハビリテーション計画を立てることが重要である。

終末期がん患者のADLの推移に関しては、死亡6カ月から3カ月前にADLの緩やかな低下が生じ、死亡1カ月前にはADLは急激に低下する<sup>3)</sup>、数日前には嚥下障害やコミュニケーション障害、意識障害が生じ<sup>4)</sup>、ADLはおおむね全介助となることが報告されている<sup>3)</sup>。さらに、ADLはその項目ごとにその推移が異なることが、国際的に広く用いられているADL評価法である機能的自立度評価法（Functional Independence Measure：FIM）を用いた調査により示されている。ベッド外での動作を必要とする更衣や移乗動作は死亡2週間前までに自立の割合が低下するが<sup>5)</sup>、排尿管理・排便管理については、死亡時期が近づいても自立度が変化しにくく、尿意が維持されるといふ<sup>5)</sup>。

#### 鶴巻温泉病院におけるPCUの役割と在宅との連携について

筆者が勤務する鶴巻温泉病院は神奈川県西部に位置し、25床のPCUを有する。患者と家族が希望する場合には、期間を問わず入院が可能である。2019年度には128名が退院し、そのうち9名の患者が自宅もしくは施設へ退院、119名が死亡した。

リハビリテーション専門職は専従の理学療法士が1名、そのほかに他病棟との兼任をしている理学療法士、言語聴覚士、音楽療法士がそれぞれ1名ずつ勤務している。PCUに入院したすべての患者に対してリハビリテーション専門職が心身機能とADLの評価を行っている。入院当日には多職種によるカンファレンスを開催し、入院の目的を共有し、入院計画を立案する。この際に、リハビリテーション専門職は患者の予後と入院計画に合わせたアプローチ内容を検討する。また、患者の希望や心身機能の状況により、リハビリテーション専門職が訪室する時間や頻度を調整している。

患者が在宅へ退院する場合には、入院時から在宅の環境と介護の状況について情報を収集し、退院するために課題となるADLに焦点を当てる。例えば、自宅内の歩行が課題であれば、自宅内の環境に合わせた歩行補助具の選定と移動距離を踏まえた歩行練習を行う。

地域のスタッフとの連携のために、退院前の協働カンファレンスは重要である。カンファレンス

では、PCUでのADLの経過に加えて、患者の手柄、家族との関係、退院後に控えるイベントなどの情報を伝え、患者と家族の生活のシームレスな支援を目指す。

一方で、患者が最期までPCUで過ごす場合には、患者と家族の生活歴、人生観、満たされていない希望などを聴取しながらアプローチをする。例えば、患者の希望が「最期まで歩きたい」のか、「苦痛が少なく過ごしたい（車椅子を使ってもいい）」かで、ADLに対するアプローチは異なる。さらに、患者の看取りの時期においても、リハビリテーションアプローチを継続する。アプローチの例は、家族に対するリラクゼーション手技の指導や、家族と患者が大切にしていた作業活動の支援（手芸や折り紙など）、家族の苦痛のケアなどである。患者の人生の最期の時間を共にしたリハビリテーション専門職は、時に患者・家族にとって、苦悩を共有できる貴重な人間関係であり、精神的支柱ともなりうる。臨死期となったからといって訪室を中止するのではなく、わずかな時間でも訪室を継続し、家族の悲嘆を軽減できるように心がけている。

---

## おわりに

患者が最期まで希望の場所で生活ができるよう

に、またその生活は患者だけではなく家族にとっても穏やかなものであることを願う。希望に沿った生活を実現させるために、PCUに入院したがん患者には、リハビリテーション診療が必要である。

## 文献

- 1) Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al : Changes in and Associations Among Functional Status and Perceived Quality of Life of Patients With Metastatic/Locally Advanced Cancer Receiving Rehabilitation for General Disability. *Am J Hosp Palliat Care* 32 : 695-702, 2015
- 2) Hasegawa T, Sekine R, Akechi T, et al : Rehabilitation for cancer patients in inpatient hospices / palliative care units and achievement of a good death: analyses of combined data from nationwide surveys among bereaved family members. *J Pain Symptom Manag* (in Press), 2020
- 3) Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al : Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol* 29 : 1151-1158, 2011
- 4) Hui D, dos Santos R, Chisholm G, et al : Symptom Expression in the Last Seven Days of Life among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage* 50 : 488-494, 2015
- 5) 添田 遼, 三橋麻菜, 岡野清音, 他 : 終末期がん患者の死亡前6週間の日常生活動作の経時的変化. *Palliat Care Res* 15 : 167-174, 2020

### 3. 各施設におけるがんのリハビリテーションの工夫 —緩和ケア主体の時期を中心に

#### A. 病院診療（緩和ケア病棟・ホスピス）

#### 2) 当院リハビリテーション部における緩和ケア病棟での取り組み

岡安 健<sup>\*1</sup> 三宅 智<sup>\*2</sup>

(<sup>\*1</sup> 東京医科歯科大学医学部附属病院 リハビリテーション部 <sup>\*2</sup> 東京医科歯科大学医学部附属病院 緩和ケア科)

日本におけるがん患者は増加しており、がん診療の大きな進歩を担う拠点病院の整備は急務であるといえる。このような背景を踏まえ、東京医科歯科大学医学部附属病院はがん診療拠点病院として腫瘍センターを中心とした総合的ながん治療を推進しており、2017（平成29）年4月に緩和ケア病棟（以下、PCU）が設立された。

がん診療は罹患時期を問わないトータルケアとして認知され始めており、中でもがん患者に対するリハビリテーションは、がんの罹患期を問わず、近年注目されている分野である。

緩和期のがん患者には疾患から起こる障害や治療期の侵襲から、機能障害や能力障害、精神症状が出現するため、緩和医療の1つとして効果があるとされるリハビリテーションの実施が求められることも多くなっている。しかしながら、わが国の診療報酬制度においては疾患別リハビリテーション料の算定がかなわないため、積極的なリハビリテーション介入を行うことは難しいとされる。一方、当院のPCUでは入棟患者への全人的ケアを行うことを目的として、さまざまな医療従事者が関わっており、当院リハビリテーション部もPCUにおける医療チームの一員として、緩和期のがんリハビリテーション治療を設立当初より積極的に実施してきた。

このような積極的なリハビリテーション介入により、約20～25%程度とされる全国のPCUにおけるリハビリテーション介入率と比較して、当院ではPCU開設から3年間の全PCU入棟患者に対して約60%のリハビリテーション介入率を

維持している。また、2019（令和1）年度のPCU入棟患者の在宅復帰率は約20%となり、経年ごとに徐々に向上している状況である。

本稿では、当院PCUにおけるリハビリテーションの取り組みとその工夫を中心に述べる。

#### 緩和ケア病棟設立前

当院ではPCU設立前より、リハビリテーション専門職を含めたさまざまな医療従事者からなる緩和ケアチームが存在し、緩和期の患者に対して定期的にケアを行ってきた経緯がある。

このため、PCU設立準備段階より緩和ケア科とリハビリテーション部において入棟患者の身体的・精神的苦痛緩和や身体機能の向上による自宅退院患者の確保など、PCUにおけるリハビリテーション介入の重要性を円滑に共有することが可能であった。

また、PCUにおける患者ケアの質向上を目的とした積極的なリハビリテーション介入を病院全体の方針として病院上層部からの承認を受けることで、入棟患者に対するリハビリテーション提供が充足することとなった。

#### PCUにおける他職種との連携

当院のPCUでは定期的に複数のカンファレンスを実施することで患者の情報や治療方針の決定を行っており、リハビリテーション部ではそれぞれ週1回開催される「他職種カンファレンス」、

「リハビリテーションカンファレンス」に参加している。リハビリテーションに関する情報提供だけでなく、各カンファレンス内容をリハビリテーション部職員全体に伝達および共有することで担当者以外の職員が診療することができる体制を構築している。

---

## 当院リハビリテーション診療の特徴

当院のリハビリテーション部では PCU 入棟患者に対して理学療法士、作業療法士、言語聴覚士からなるリハビリテーション専門職が複合的に診療にあたることが多く、PCU でリハビリテーション介入がなされた患者の約 35% は複数のリハビリテーション専門職で介入している。これにより身体面や精神面の変化に合わせて変遷していく PCU 入棟患者および患者家族のニーズに合わせてリハビリテーションの提供が実現する。

また、当院では医療安全の面からも、リハビリテーション医師が積極的に介入している。インフォームドコンセント（以下、IC）取得に加えて、モニターレス下での診療を基本とする PCU での急変リスクが高い患者に対してリハビリテーション医師の帯同がなされるなど、急性期病院における通常診療に近い診療体制をとることで、医療安全を担保する工夫を行っている。

---

## 円滑なリハビリテーション診療の工夫

PCU 入棟患者に対してリハビリテーションを行う過程で、リハビリテーション療法士は治療内容の整合性や患者および家族の治療に対する希望把握など、いくつかの「悩み」や「課題」を抱えることが少なくない。当院のリハビリテーション部では、PCU でのリハビリテーション治療を円滑に進めることを目的として、緩和ケアマネジメント担当療法士を 2～3 名配置し、対応している。

この緩和ケアマネジメント担当療法士は PCU 入棟患者を担当しているリハビリテーション療法士からの相談を受け、PCU で開催される各種カンファレンスで審議事項として協議提案することや、リハビリテーション診療を効率的に進めるた

めの診療環境の整備をしている。活動内容を以下に記載する。

### 1. 療法士に対するアンケート調査

リハビリテーション療法士に対して 1 年間に 2 回程度の頻度で「PCU 入棟患者のリハビリテーション診療に関するアンケート」を実施している。このアンケートは簡便な内容で自由記載形式としており、①おおよその介入時間、②介入内容、③診療で困っていること、としている。このアンケート調査からは、おもに患者、家族の治療希望の把握に難渋するということや、どの時期までリハビリテーション介入を行うべきか、適切な治療の提供がなされているかの不安、などが抽出されることが多い。この抽出内容をリハビリテーション部責任者（技師長）、緩和ケアマネジメント担当療法士で協議して、改善案を見出していく。

### 2. 興味関心チェックシートの使用

2015（平成 27）年度の介護報酬改定において、使用の推奨がなされた「興味関心チェックシート」を、PCU 入棟患者の身体的・精神的負担を考慮して改変し使用することで、患者のニーズを抽出することに努めている。これにより、日々変化する PCU 入棟患者の身体・精神機能に呼応した患者ニーズをより具体的に把握し、治療に反映させている。

### 3. パンフレットの作成と配布

患者や家族にとって、リハビリテーションが実際にどのようなことを行うか、どのような効果が見込めるのかなど、リハビリテーションに対するイメージはさまざまである。当然、リハビリテーション実施にあたり医師による IC はなされているが、詳細なリハビリテーション内容を伝えるには十分とはいえない。そこで、リハビリテーション部では、リハビリテーション専門職の視点から理学療法、作業療法、言語聴覚療法で行うことができるリハビリテーション内容や効果に関するパンフレットを作成し、リハビリテーション開始時に配布している。このパンフレットは運動療法や作業活動、嚥下療法など一般的なリハビリテー



I. がんのリハビリテーション—緩和ケア主体の時期を中心に

ションだけでなく、身体的苦痛緩和、倦怠感の軽減、趣味や趣向に合わせた支援介入などをリハビリテーションとして提供することが可能である旨

を伝える内容となっており、PCU入棟患者のリハビリテーション実施に対する意思選択の一助となっている。

### 3. 各施設におけるがんのリハビリテーションの工夫 —緩和ケア主体の時期を中心に

#### B. 在宅診療

##### 在宅診療におけるがんのリハビリテーション

河原正典

(岡部医院仙台)

#### はじめに

当院は、がん患者および終末期の患者が年間約450人程度紹介され、約300人前後の自宅看取りを行っている。今回は、神経難病は除き、がん患者について述べたいと思う。

まず、当院に紹介されてから永眠されるまでの平均は、約1カ月程度である。予後数日の可能性を医療者から家族に話をし、「家に帰りたいと患者が言っていたから、家で看取りたい」と家族が希望され、急遽対応を求められることもさほど珍しいことではない。

当院の創設者である岡部健が開院した20年前より、がん終末期の患者に対して、生活を支えるという意味で、リハビリテーションを意識して取り組んでおり、当院は、作業療法士(OT)が在職している。ただ、予後が短いことも多いので、一般的なリハビリテーションとは違う要素があるように思う。筆者は、もともとは外科医で現在は緩和医療専門医なので、リハビリテーションについて特に詳しいわけではないが、約10年、がん患者の在宅に関わった経験から、在宅診療におけるがんのリハビリテーションについて述べる。

#### 当院のリハビリテーションにおける 作業療法士の役割

当院のリハビリテーションでの作業療法士の仕事内容は以下のとおりである。

①退院後の生活に適應するための関わり：ADL

動作の工夫や指導(特にトイレ動作に関するニーズは多い)、環境整備、移動方法の確保、転倒予防など。

トイレには、多くの患者がギリギリまでこだわることが多く、在宅を継続するか入院するかの目安も、トイレに1人で行けなくなった時と表現される方も多し。ただ、実際に入院するかどうかは、別なことが理由になることも多い。

②**身体機能の維持・向上**：入院中のリハビリテーションからの継続や、本人や家族が希望されて機能訓練を行うことが多い。病状の進行とともに運動は困難になっていくが、できる限り緩やかな低下となるように関わる。自主トレーニングなどを指導することも多い。

患者によっては、何か体に良いことをしているという感じがすごく重要な意味をもつことがある。

③**機能低下に伴うADL動作の見直し**：身体機能の低下によりできなくなった動作(排泄や入浴など)について、動作方法の変更や福祉用具の導入、住宅改修などで対応する。

ただし、がん患者の場合、住宅改修は間に合わないため、福祉用具の導入や使い方の指導となるものがほとんどである。

④**苦痛の軽減**：無理な動作や不適切な姿勢保持による痛みには、動作方法の見直しやポジショニングの指導などを行う。寝たきりなどで動かないことによる苦痛がある場合には、介助して動かすことや、ストレッチやマッサージを行うことでつらさが軽減し、関節可動域の維持につながる。

在宅だと、介護者は家族の方が多く、介護に慣

れているわけではないので、実施方法を家族に指導し、実施してもらうことも多い。

また、病状が進行して患者の具合が悪くなることは、家族の対応が悪いわけではないことを強調して伝えるようにしている。

⑤リンパ浮腫への対応：リンパ浮腫を改善するための運動方法や自己マッサージの指導を行い、訪問時に運動やマッサージ、家族指導なども提供する。

リンパ浮腫に対するニーズは非常に高く、浮腫によって動作が困難になることもあるため、リハビリテーション職に積極的に介入してもらっている。

⑥QOL向上のための取り組み：生活の中でやりたいことができるように、動作方法を見直し・指導、環境整備、実際の介助などを行う。

例えば、離床・外出・趣味活動・コミュニケーションなど。また、リハビリテーションを行うこと自体が、充実感や意欲を高めることにつながることもよく見られる。

## 在宅診療におけるがんリハビリテーションの課題

・がん患者の在宅緩和ケアにおいて、訪問リハビリテーションを実施できる期間は短い場合が多いため、早い段階からリハビリテーションを行うことにより、自身で管理できる部分は広がると考えられるが、介護保険を申請していない場合は、医療保険での介入になるため、自院にPT・OTが勤務していないと介入を依頼するハードルが高い。

介護保険が認定されていたとしても、介護保険の決められた単位数を超えないようケアプランに組み込む必要があり、単位数を制限ギリギリまで使用している患者の場合は、組み込むために他の介護サービスを調整したり、月途中でケアプランの変更などが発生し、ケアマネジャーが慣れた人でないと難しい場合がよくある。また、がん患者の終末期の状態変化が早いいため、1回訪問して終了となることも多いです。

・「リハビリテーション＝身体機能訓練」という

イメージをもっている人も多いため、在宅緩和ケアの中で導入したが、継続が難しいケースもある。

実際に試してもらって現状でできる内容を思い描けるようにしてもらうようにしているが、なかなか受け入れられないことも多く経験する。がん患者が入院し在宅を導入して退院する場合、入院中にリハビリテーションをしている方は少なく、「家に帰ってきたら、もっといろいろとできると思っていたが、こんなに弱っているとは思わなかった」と言われることもよくある。入院中から、もう少しリハビリテーションを意識して導入していれば違う結果になるのかな、と考えている。

---

## どの時期まで関わるのか

・そもそも、状態が低下して在宅になる場合も多く、リハビリテーション職の介入に至らないことが多い。

・介入した場合は、終末期は亡くなる直前まで関わるケースも多い。身体機能が低下し、運動が困難になってきてもその状態に合わせたリハビリテーションを都度見直し、関わりを継続するように意識する。

・早い段階で終了するのは、こちらがニーズを把握しきれずに患者が必要を感じていない場合や、状態の変化の認識を共有できずにベースの転換ができなかったケースが多い。

・リハビリテーションを開始する場合の目的が明確で、それが達成されたことで終了となり、また必要があれば再度介入するというケースもある。

---

## おわりに

結局、患者・家族がリハビリテーションに何を期待し、私たちは何を提供できるのかが重要なのだろうと思う。リハビリテーション職に体を動かしてもらいながら、少し世間話をすることを楽しみにしていた患者もいた。逆に、いろいろな人（職種）が家に訪ねてくることを好まない人もいる。

また、在宅では、いわゆる医師・看護師以外か

らの情報が重要なことがある。医師・看護師には  
言わないことを介護職やリハビリテーション職に  
は話をすることがある。また、実際に動作を確認

しているリハビリテーション職からの情報が有益  
なことが多くある。多職種が目が入ることはとて  
も良いことだと筆者は考えている。

## 4. データでみる日本の緩和ケア主体の時期のリハビリテーション—遺族調査からの示唆

長谷川貴昭\*<sup>1</sup> 明智龍男\*<sup>1,2</sup>

(\*<sup>1</sup> 名古屋市立大学病院 緩和ケアセンター \*<sup>2</sup> 名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学分野)

### はじめに

がんのリハビリテーション診療は、周術期から緩和ケアが中心になるすべての時期で実施されている。特に緩和的リハビリテーションは、患者のニーズを尊重しながら、身体的、精神的、社会的にも quality of life (QOL) の高い生活が送れるように援助すべく行われている<sup>1)</sup>。これは、ホスピス・緩和ケア病棟で行われるケアと目標を同じくしており、世界保健機関による緩和ケアの定義とも文脈を同じくしている<sup>2)</sup>。

しかし、ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを実施することの効果や、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの望ましい介入方法については知見が乏しい。そこで、本稿では日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (Japan Hospice and Palliative Care Evaluation study : J-HOPE 研究)」の付帯研究として実施された、わが国のホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する研究について報告する。がんリハビリテーションと終末期 QOL との関連、がんリハビリテーションにおいて遺族の体験 (満足度、ニーズ) に関する結果を報告し、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの望ましい在り方について考察したい。

### J-HOPE 研究で行われたホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する研究の概略

がん患者の緩和ケアの質を評価するために継続的に実施されている全国遺族調査である「J-HOPE 研究」の付帯研究として、がんリハビリテーションの実施と終末期 QOL との関連、がんリハビリテーションに関する遺族の体験 (満足度、ニーズ) が検討された。一連の「J-HOPE 研究」は、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の一一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所 (在宅ケア施設) などで死亡したがん患者の遺族を対象に行われている大規模全国横断的調査であり、主研究では遺族からみた患者が受けた緩和ケアの質の評価および遺族の悲嘆や抑うつの実態について調査されている。本研究は、2014 年に行われた第 3 回調査 (J-HOPE 3 研究)<sup>3)</sup> および 2018 年に行われた第 4 回調査 (J-HOPE 4 研究)<sup>4)</sup> の付帯研究として、ホスピス・緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族を対象として実施され、全体の対象者のうち事務局から無作為に抽出された遺族に本研究の質問票を郵送し回答を得ている (図 1)。

J-HOPE 3 研究 (2014 年) および J-HOPE 4 研究 (2018 年) の対象者においては、がんリハビリテーションの実施と終末期 QOL との関連を検討した<sup>5)</sup>。終末期の QOL は、遺族の回答により調査され、信頼性と妥当性の検証されている Good Death Inventory (GDI) 短縮版で測定した<sup>6)</sup>。

また、J-HOPE 4 研究 (2018 年) の対象者においては、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションについての満足度や遺族の体験、がん

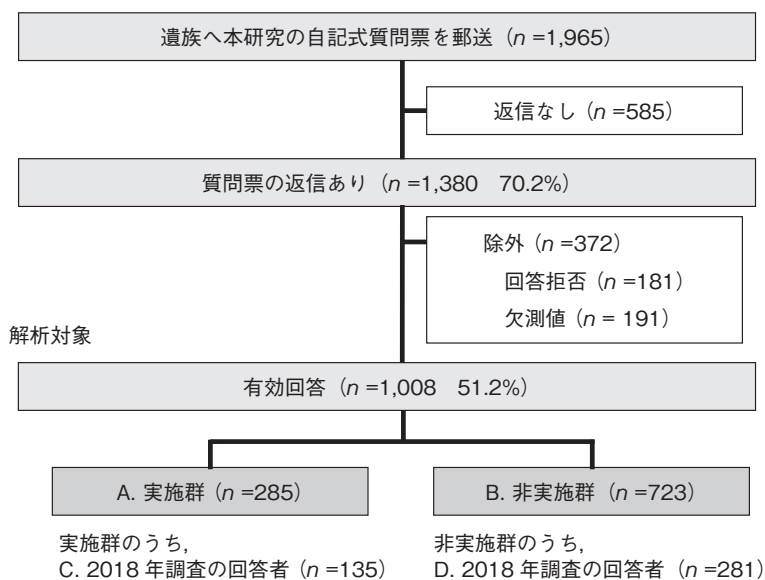


図1 対象患者とアンケート調査の回収状況

【調査内容と対象】

1. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と、終末期のQOLとの関連 (対象:AおよびB, 2群間の比較)
2. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する満足度とその関連要因 (対象:C)
3. 意識が悪くなってがんリハビリテーションの継続は難しくなった時にどうすればいいか? (対象:C)
4. 遺族が希望するがんリハビリテーションの内容 (対象:D)

リハビリテーションのニーズを調査した<sup>7)</sup>。がんリハビリテーションを受けていた患者の遺族にはがんリハビリテーションの満足度を調査し、がんリハビリテーションが患者に与えた影響や、がんリハビリテーションの継続が困難となった場合の望ましい対応方法についても調査した。また、がんリハビリテーションを受けていなかった患者の遺族に関しては、遺族が希望するがんリハビリテーションの内容について、そのニーズを調査した。

参加した施設数は、全国216施設で(J-HOPE 3研究134施設, J-HOPE 4研究187施設。重複あり)、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションが実施可能と回答した施設は196施設(90.7%)であった。なお、誌面の都合上で本稿で紹介できないが、J-HOPE 3研究(2014年)においても、がんリハビリテーションに関する遺族の体験(セラピストに期待すること、がんリハビリテーションを受けなかった理由など)も個別

に検討がされており(研究代表者:亀田総合病院 関根龍一氏)、こちらは研究報告書を参照いただきたい<sup>8)</sup>。

## 研究の結果

### 1. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と、終末期のQOLとの関連

がんリハビリテーションの実施は、「希望や楽しみをもって過ごすこと」と有意に関連した

1,965人のホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族に本研究の質問票が郵送され、1,380人の遺族から返送があり、有効回答は1,008人(51.2%)であった。うち、285人(28.2%)の遺族が、患者はホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを受療していたと回答した(図1)。患者・遺族の背景を表1に示す。

表1 患者・遺族背景

	2014年調査および2018年調査の有効回答						2018年調査のみの有効回答						
	総数		がんリハビリテーション実施群		がんリハビリテーション非実施群		総数		がんリハビリテーション実施群		がんリハビリテーション非実施群		
	(n=1,008)		(n=285)		(n=723)		(n=416)		(n=135)		(n=281)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
患者	年齢												
	≤60	106	10.5	30	10.5	76	10.5	40	9.6	13	9.6	27	9.6
	61～70	221	21.9	74	26	147	20.4	81	19.5	33	24.4	48	17.1
	71～80	308	30.5	83	29.1	225	31.1	122	29.3	40	29.6	82	29.2
	≥81	373	37	98	34.4	275	38.1	173	41.6	49	36.3	124	44.1
	性別												
	男性	532	52.8	133	46.8	399	55.2	213	51.2	62	45.9	151	53.7
	女性	476	47.2	152	53.2	324	44.8	203	48.8	73	54.1	130	46.3
	入棟時のADL												
	自立	245	24.3	72	25.3	173	23.9	109	26.2	34	25.2	75	26.7
	一部介助	386	38.3	114	40	272	37.7	151	36.3	57	42.2	94	33.4
	全介助	377	37.4	99	34.7	278	38.5	156	37.5	44	32.6	112	39.9
	原発巣												
	肺	230	22.8	65	22.8	165	22.8	81	19.5	25	18.5	56	19.9
	胃	99	9.8	27	9.5	72	10	52	12.5	18	13.3	34	12.1
	結腸	75	7.4	19	6.7	56	7.7	30	7.2	7	5.2	23	8.2
	直腸	52	5.2	16	5.6	36	5	25	6.0	10	7.4	15	5.3
	肝	35	3.5	8	2.8	27	3.7	9	2.2	2	1.5	7	2.5
	胆のう・胆管	53	5.3	16	5.6	37	5.1	23	5.5	6	4.4	17	6.0
	膵	115	11.4	31	10.9	84	11.6	49	11.8	15	11.1	34	12.1
食道	31	3.1	7	2.5	24	3.3	11	2.6	4	3.0	7	2.5	
乳腺	42	4.2	12	4.2	30	4.1	15	3.6	8	5.9	7	2.5	
前立腺	30	3	10	3.5	20	2.8	16	3.8	4	3.0	12	4.3	
腎	26	2.6	6	2.1	20	2.8	10	2.4	3	2.2	7	2.5	
膀胱	29	2.9	10	3.5	19	2.6	16	3.8	7	5.2	9	3.2	
頭頸部	39	3.9	4	1.4	35	4.8	14	3.4	1	0.7	13	4.6	
子宮	27	2.7	14	4.9	13	1.8	12	2.9	8	5.9	4	1.4	
卵巣	19	1.9	6	2.1	13	1.8	7	1.7	2	1.5	5	1.8	
白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫	24	2.4	7	2.5	17	2.4	11	2.6	4	3.0	7	2.5	
軟部組織・脳・その他	82	8.1	27	9.5	55	7.6	35	8.4	11	8.1	24	8.5	
遺族	年齢												
	≤50	166	16.4	50	17.6	116	16	55	13.2	19	14.1	36	12.6
	51～60	290	28.7	78	27.4	212	29.3	127	30.5	43	31.9	84	30.0
	61～70	296	29.3	81	28.4	215	29.7	120	28.8	33	24.5	87	31.0
	71～80	202	20.1	57	20.1	145	20	92	22.1	31	23.2	61	21.8
	≥81	55	5.4	19	6.5	36	5	22	5.3	9	6.3	13	4.6
	性別												
	男性	345	34.3	103	36.1	242	33.5	143	34.4	42	31.1	101	35.9
	女性	663	65.7	182	63.9	481	66.5	273	65.6	93	68.9	180	64.1
	本人との関係												
	配偶者	409	40.6	119	41.8	290	40.1	161	38.7	59	43.7	102	36.4
	子	409	40.6	109	38.2	300	41.5	182	43.8	54	40.0	128	45.4
	婿・嫁	65	6.4	17	6	48	6.6	25	6.0	7	5.3	18	6.4
	親	27	2.7	11	3.9	16	2.2	8	1.9	1	0.8	7	2.5
	兄弟姉妹	62	6.2	17	6	45	6.2	30	7.2	9	6.7	21	7.5
	その他	36	3.6	12	4.2	24	3.3	10	2.4	5	3.6	5	1.8
	教育歴												
	小・中学校	85	8.4	26	9.2	59	8.1	25	6.0	11	8.2	14	5.0
	高校・旧制中学	426	42.3	122	42.8	304	42	180	43.3	58	42.9	122	43.4
	短大・専門学校	229	22.7	73	25.4	156	21.6	92	22.1	34	25.2	58	20.6
大学・大学院	262	26	62	21.9	200	27.6	118	28.4	32	23.7	86	30.6	
その他	6	0.6	2	0.7	4	0.6	1	0.2	0	0.0	1	0.4	

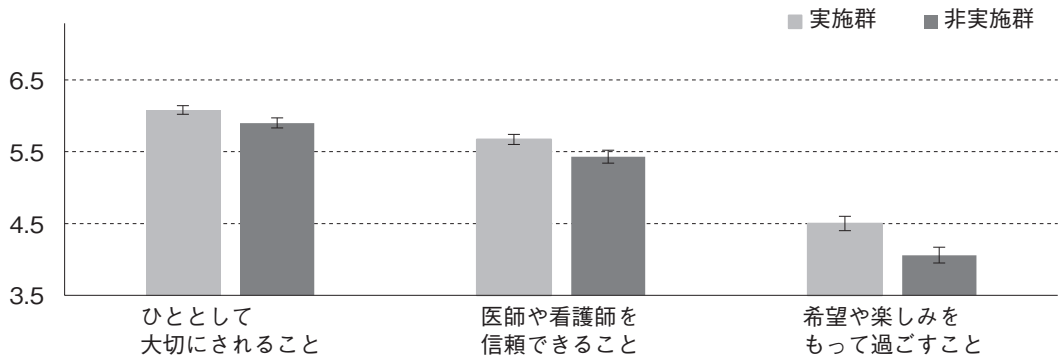


図2 ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と終末期のQOL (望ましい死の達成) との関連  
3領域において、がんリハビリテーション実施群が非実施群と比較して、統計学的に有意にスコアが良好であった。

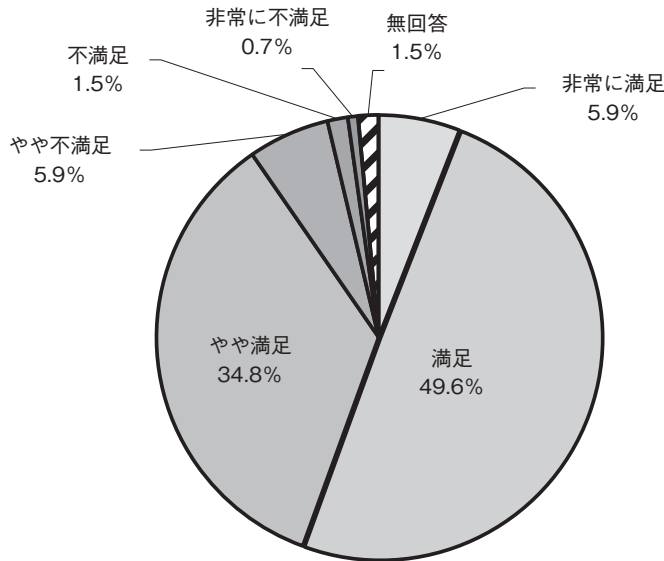


図3 ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに対する満足度

がんリハビリテーションの実施の有無で群分け (実施群 / 非実施群) し、調査時期 (J-HOPE 3 研究または J-HOPE 4 研究)、患者の背景因子 (性別、年齢、がんの原発巣、ホスピス・緩和ケア病棟入棟直前の日常生活動作)、遺族の背景因子 (性別、年齢、本人との関係、教育歴) を調整したうえで傾向スコアマッチング法を用いて、GDI 短縮版コア 10 項目に各群間に統計学的な有意差があるかを比較検討した。GDI 短縮版コア 10 項目

の合計点では群間差を認めなかった (平均 47.45 [標準誤差 0.48] 対 46.77 [0.59],  $p$  値=0.370)。探索的解析において、GDI 短縮版コア 10 項目の構成概念の各領域を検討したところ、がんリハビリテーション実施群においては非実施群と比較して「希望や楽しみをもって過ごすこと」(4.50 [0.10] 対 4.05 [0.11],  $p$  値=0.003, 効果量=0.31), 「医師や看護師を信頼できること」(5.67 [0.07] 対 5.43 [0.09],  $p$  値=0.035, 効果量=0.22), 「ひとと



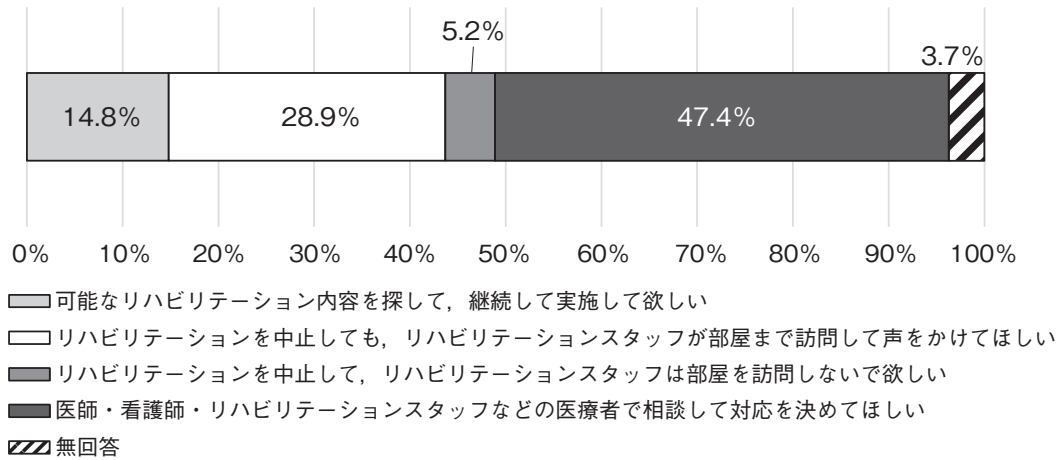


図4 がんリハビリテーションの継続困難な場合の望ましい対応方法  
(患者の意識が悪くなった場合の対応)

して大切にされること」(6.08 [0.06] 対 5.90 [0.07],  $p$  値 = 0.049, 効果量 = 0.19) の3領域において、有意にスコアが良好であった(図2)。

## 2. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する満足度とその関連要因

患者本人のがんリハビリテーションに対する満足度は高く、「気分転換が得られた」と満足度は有意に関連した

ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを受療していたと回答した遺族のうち、対象者は、135人であった(図1, 表1)。「ホスピス・緩和ケア病棟のリハビリテーションについて、患者様は満足でしたか?」の問いで、「非常に満足」から「非常に不満足」の6件法で評価した。「非常に満足」「満足」「やや満足」の回答は90.3%であった(図3)。

患者本人が語っていた内容から遺族が判断した、「がんリハビリテーションが患者に与えた影響」の6項目、「身体機能の維持に役立っていた」「楽しみを感じられた」「気分転換が得られた」「目標や希望を持つことができた」「疲労が増していた」「痛みや苦痛が増強していた」を、「全くそう思わない」から「非常にそう思う」の5件法で評価した。

続いて、がんリハビリテーションに関する満足度とその関連するがんリハビリテーションが患者

に与えた影響を検討した。がんリハビリテーションに「非常に満足」および「満足」との回答と「やや満足」～「非常に不満足」の回答について、患者の背景因子(疼痛、倦怠感、呼吸困難、ホスピス・緩和ケア病棟入棟直前の日常生活動作)、がんリハビリテーションの介入内容(症状緩和目的のがんリハビリテーション: マッサージ、呼吸リハビリテーション、リンパドレナージ)で調整して、多変量ロジスティック回帰分析を行った。がんリハビリテーションに「非常に満足」あるいは「満足」と回答することと、統計学的に有意に関連した「がんリハビリテーションが患者に与えた影響」は「気分転換が得られた」であった〔オッズ比 1.95 (95% 信頼区間 1.15-3.30),  $p$  値 = 0.014〕。なお、「気分転換が得られた」に関して「そう思う」「非常にそう思う」と回答した割合は77.0%であった。

## 3. 意識が悪くなってがんリハビリテーションの継続は難しくなった時にどうすればいいか?

多職種協議での対応の決定を望み、がんリハビリテーションが実施できなかったとしてもセラピストが訪問し声かけをすることを望む家族も少なくなかった

がんリハビリテーションの中止を検討する場面は多く想定されるが、継続するか中止するかは本

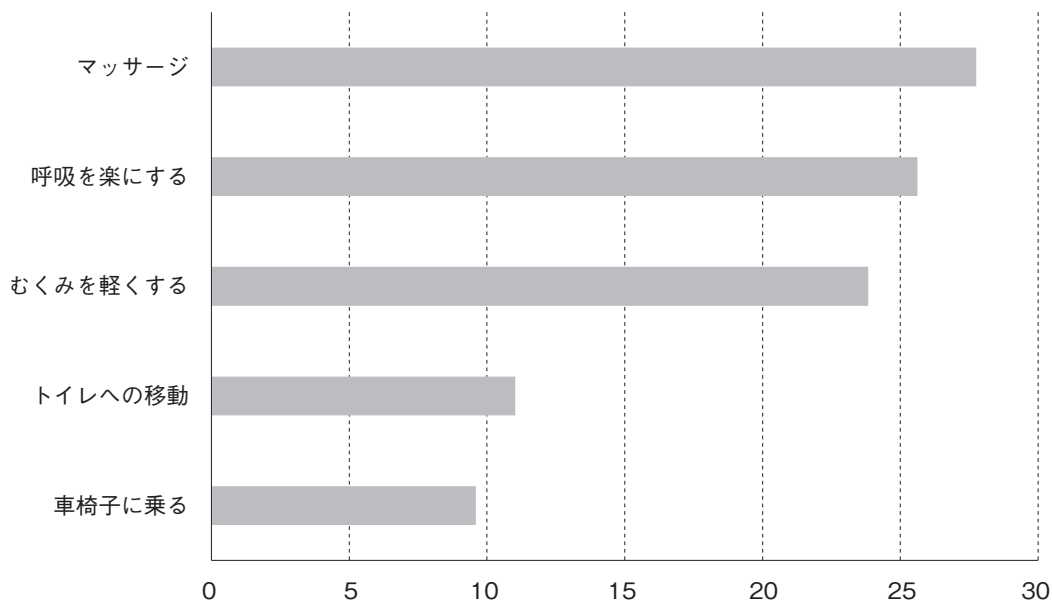


図5 遺族が希望するがんリハビリテーションの内容（がんリハビリテーションを受けていなかった患者の遺族からのニーズ調査）上位5項目

人の意向が最優先されることに関しては異論がないであろう。ホスピス・緩和ケア病棟で療養中の患者は終末期せん妄の発症率が高く、本人の意向が聴取できない意識障害の場面においては、継続してきたがんリハビリテーションをどうしたらいいか？ は不明である。研究者間の討議で生じうる以下の4つの対応方法「可能なリハビリテーション内容を探して、継続して実施して欲しい」「リハビリテーションを中止しても、リハビリテーションスタッフが部屋まで訪問して声をかけて欲しい」「リハビリテーションを中止して、リハビリテーションスタッフは部屋を訪問しないで欲しい」「医師・看護師・リハビリテーションスタッフなどの医療者で相談して対応を決めて欲しい」から、最も望ましいと考えられる対応を遺族から回答を得た（図4）。

患者の意識障害によりがんリハビリテーションの継続が困難になった場合では、47%の遺族が多職種協議での対応の決定を望み、がんリハビリテーションの実施にかかわらず療法士の訪問継続を望む遺族は43%であった。一方、療法士が訪問を避けることが望ましいと答える遺族は5.2%にとどまった。

#### 4. 遺族が希望するがんリハビリテーションの内容（がんリハビリテーションを受けていなかった患者の遺族からのニーズ調査）

がんリハビリテーションを受けていなかったと回答した遺族の約2/3が、何らかのがんリハビリテーションを受けたかたと回答したが、希望する項目は症状緩和に関わる内容が多かった

ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを受療していなかったと回答した遺族のうち、対象者は281人であった（図1、表1）。ニーズに関しては、ホスピス・緩和ケア病棟での療養を振り返り、がんリハビリテーションを受けてみたかたかを尋ねた。起居動作・ADL訓練（歩く練習、車椅子に乗る、トイレへの移動）、症状緩和（マッサージ、呼吸を楽にする、むくみを軽くする）、摂食嚥下（食べる練習）、アクティビティ（趣味を活かした作業、手紙やプレゼントを作る作業）、その他に分けて希望する項目を選択するように指示し、1項目以上の回答をもって、「ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーション実施希望あり」と定義した。「ホスピス・

緩和ケア病棟でのがんリハビリテーション実施希望あり」に該当した遺族は、179人(63.7%)であった。希望する訓練内容について、上位5項目を図5に示す。実施希望の有無は患者の入院直前のADLとは関連せず、希望する内容には多様性があった。

## おわりに

ホスピス・緩和ケア病棟で最期を過ごされた患者本人からの調査ではないものの、療養経過を問近で経験されたご遺族からの回答は、緩和的リハビリテーションの在り方に関して重要な知見を与えてくれる。

ランダム化比較試験ではないものの、背景因子を調整した傾向スコアマッチング法を用いた比較において、ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを実施することは終末期のQOL、「望ましい死」の構成概念、特に「希望や楽しみをもって過ごすこと」と有意に関連した。終末期の患者、特に予測される生命予後が週の単位のがん患者に対して、がんリハビリテーションの効果を検証した研究はなく、今回の研究は終末期のQOLへ与える影響に関する予備的な知見になるであろう。現在、日本医療研究開発機構(AMED)の採択研究である「緩和ケア病棟入院中のがん患者に対する専門的リハビリテーションの有効性検証のための多施設共同ランダム化比較試験」(UMIN000037298 研究代表者=大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科・西山菜々子氏)が進行中である。ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの有効性に関する結果が報告されることが期待される。

ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関しては、どのような患者に有効なの

か、また終末期のQOLに有効ながんリハビリテーションの要素は何であるかなど、まだまだ未解明な部分が多い。あくまでも筆者の主観ではあるが、緩和的リハビリテーションはセラピストと患者における訓練を通じた、(精神療法でいうところの)行動活性化療法と支持的精神療法の要素を備えた複合介入なのではないかと考えている。

また、潜在的ながんリハビリテーションの遺族のニーズの大きさに関しては看過できない点もあり、現状より多くの患者に実施が望まれていることも示唆された。

## 文献

- 1) Deitz JH. Rehabilitation Oncology. John Wiley & Sons, New York, 1981
- 2) WHO Definition of Palliative Care. 2002. [<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>]
- 3) Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al : The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study 3: study design, characteristics of participants and participating institutions, and response rates. *Am J Hosp Palliat Care* **34** : 654-664, 2017
- 4) Masukawa K, Aoyama M, Morita T, et al : The Japan hospice and palliative evaluation study 4: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Palliat Care* **17** : 66, 2018
- 5) Hasegawa T, Sekine R, Akechi T, et al : Rehabilitation for Cancer Patients in Inpatient Hospices/Palliative Care Units and Achievement of a Good Death: Analyses of Combined Data From Nationwide Surveys Among Bereaved Family Members. *J Pain Symptom Manage* **60** : 1163-1169, 2020
- 6) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al : Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* **35** : 486-498, 2008
- 7) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究4. 青海社, 2020
- 8) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3. 青海社, 2016



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

平山英幸 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)

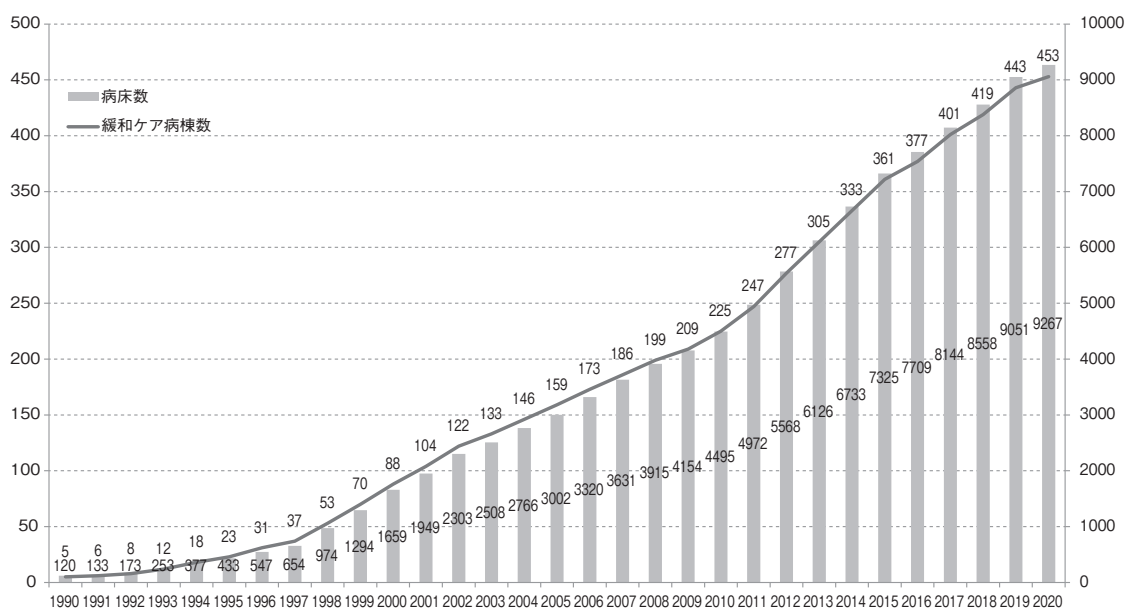
本稿ではわが国の緩和ケアの現状を、特に専門的緩和ケアを中心にデータから概観する。都道府県別のデータに関しては、すべてのデータを最後に掲載した。なお、都道府県別の集計は人口10万人対で統一した。都道府県の65歳以上の高齢者人口、医師数、看護師数などを分母にした割合の算出のほうが理論的に望ましいケースもあるが、都道府県の人口とのピアソンの相関係数は65歳以上の高齢者人口 ( $r=0.996$ )、がん死亡数 ( $r=0.992$ )、医師数 ( $r=0.959$ )、看護師数 ( $r=0.952$ ) と高く、どれを分母にして計算してもほとんど同様の傾向になると考えられる(2014年度の数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

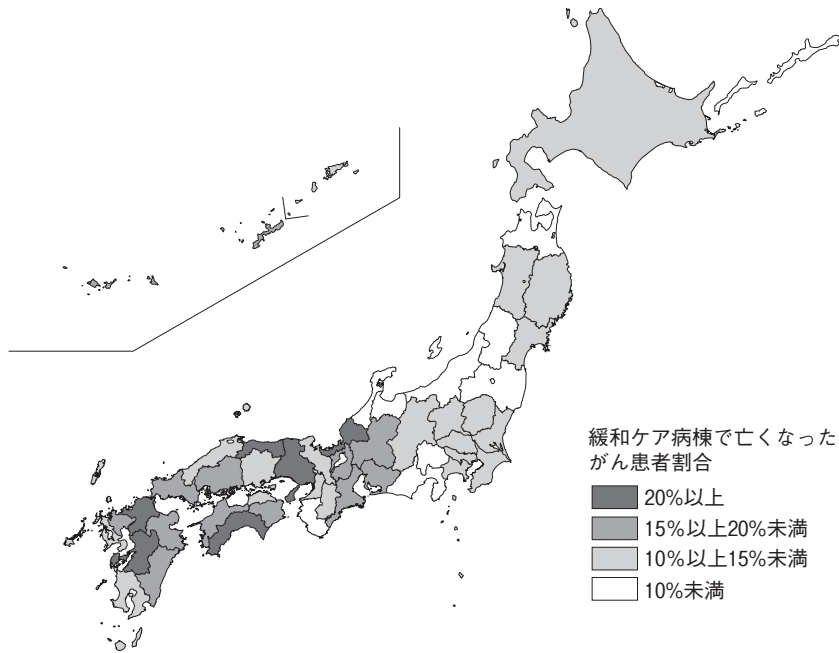
わが国の緩和ケア病棟は、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。図1に緩和ケア病棟数、病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数、病床数ともに増加し、1990年に5病棟(120床)だった緩和ケア病棟は2020年には453病棟(9,267床)となった。

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、2019年時点で



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2020年11月15日時点)

図1 緩和ケア病棟数・病床数



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2019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)

13.3%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死亡し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%、高知県 26.4%、熊本県 26.2%であり、一方で低い都道府県は和歌山県 2.0%、静岡県 2.9%、富山県 3.6%であった。

なお、これらは日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設のみの集計であり、本協会への加入率は85%程度であることを勘案すると、2019年度における緩和ケア病棟の死亡割合は全がん患者の15~16%と推定される。

2020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。稼働病床数は平均20.2床であった。

日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の入退院状況の推移を表2、図3に示す。緩和ケア病棟入院料は2012年4月に大幅に改訂があったため、2011年度の数値と比較して検討する。入院患者数は2019年度で平均209.0名、200

名以上の施設が47%であり、2011年度と比較して28%増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は、2019年度では平均78.7%であり、2011年度より7.4%減少したが(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、2019年度では平均28.5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63%で、2011年度に比べて39%増加した。平均病床利用率は平均73.4%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6.8%減少した。

## 緩和ケアチーム

わが国の緩和ケアチームは、2002年に診療報酬に緩和ケア診療加算が新設されたことにより制度化された。図4に緩和ケア診療加算の算定施設数の推移を示す。算定施設は2019年から2020年で82施設増加し、2020年11月時点で493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

表1 日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の状況

		N	%			N	%	
病棟形式	院内独立型	43	13.31%	緩和医療暫定指導医 (人)	平均±標準偏差	0.1 ± 0.33		
	院内病棟型	274	84.83%		0人	288	89.16%	
	完全独立型	6	1.86%		1人	34	10.53%	
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	287	88.85%	がん看護専門看護師 (人)	平均±標準偏差	0.15 ± 0.51		
	緩和ケア病棟入院 料2算定施設	83	25.70%		0人	284	87.93%	
	入院料1+入院料2 算定施設	2	0.62%		1人	33	10.22%	
認可病床数	平均±標準偏差	20.61 ± 7.56		緩和ケア認定看護師 (人)	平均±標準偏差	1.0 ± 0.8		
	1-14床	53	16.41%		0人	98	30.34%	
	15-29床	245	75.85%		1人	149	46.13%	
稼働病床数	平均±標準偏差	20.2 ± 7.2		がん性疼痛看護認定 看護師 (人)	平均±標準偏差	0.2 ± 0.47		
	1-14床	56	17.34%		0人	265	82.04%	
	15-29床	243	75.23%		1人	46	14.24%	
個室数	平均±標準偏差	17.5 ± 6.3		ELNEC-J 指導者数 (人)	平均±標準偏差	0.8 ± 0.87		
	1-9室	26	8.05%		0人	142	43.96%	
	10-19室	153	47.37%		1人	124	38.39%	
無料個室数	平均±標準偏差	10.8 ± 5.6		ELNEC-J 受講割合 (%)	平均±標準偏差	49.0% ± 27.51%		
	0-9室	142	43.96%		25%未満	72	22.29%	
	10-19室	159	49.23%		25%以上50%未満	81	25.08%	
家族室数	平均±標準偏差	1.6 ± 0.6		50%以上75%以上	103	31.89%		
	0室	0	0.00%	75%以上	63	19.50%		
	1室	149	46.13%	ELNEC-J 受講修了者数 (人)	平均±標準偏差	9.4 ± 6.5		
2室	154	47.68%	0人		19	5.88%		
3室以上	19	5.88%	1-3人		40	12.38%		
緩和ケア病棟入院料 算定開始後年数	平均±標準偏差	11.2 ± 7.2		常勤または非常勤の 宗教者数 (人)	平均±標準偏差	0.21 ± 0.69		
	0-4年	81	25.08%		0人	273	84.52%	
	5-9年	73	22.60%		1人	34	10.53%	
病床あたり面積 (㎡/床)	平均±標準偏差	15.2 ± 6.1		精神科医師の コンサルテーション	可能	228	70.59%	
	5-9㎡/床	42	16.67%		心理職の コンサルテーション	可能	188	58.20%
	10-14㎡/床	142	56.35%		専門的な口腔ケア	可能	286	88.54%
外来機能	あり	318	98.45%	専門的 リハビリテーション	可能	291	90.09%	
	なし	5	1.55%	がん薬物療法 (注射薬)	可能	27	8.36%	
病院の総病床数	平均±標準偏差	325.5 ± 216.22			がん薬物療法 (経口薬)	可能	62	19.20%
	~99床	33	10.22%		がん薬物療法 (ホルモン療法)	可能	113	34.98%
	100~499床	229	70.90%	放射線治療	可能	142	43.96%	
院内の緩和ケアチーム	あり	195	60.37%	CVポート埋め込み	可能	239	73.99%	
	なし	128	39.63%	専門的疼痛治療 (神経ブロックなど)	可能	214	66.25%	
	病院・併設施設からの 在宅診療	あり	120	37.15%	多職種カンファレンス の開催頻度	0回	2	0.62%
なし		203	62.85%	1-2回		206	63.78%	
病院・併設施設からの 訪問看護		あり	188	58.20%		3回以上	115	35.60%
	なし	135	41.80%	緩和医療専門医 (人)	平均±標準偏差	0.3 ± 0.58		
	緩和医療専門医 (人)	0人	254		78.64%	0人	254	78.64%
1人		59	18.27%		1人	59	18.27%	
2人以上		10	3.10%	2人以上	10	3.10%		

N=368 ※このうち 40 施設未回答, 5 施設公開不承諾  
(日本ホスピス緩和ケア協会, 2020年4月1日時点)



表2 日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の入退院の状況

年度	施設数	入院患者数					死亡患者数					死亡患者割合					平均在院日数					平均病床利用率							
		平均	S	D	0~99名の割合(%)	100~199名の割合(%)	200名以上の割合(%)	平均	S	D	0~99名の割合(%)	100~199名の割合(%)	200名以上の割合(%)	平均	S	D	75%未満の割合(%)	75%以上90%未満の割合(%)	90%以上の割合(%)	平均	S	D	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	S	D	75%未満の割合(%)
2000	86	112.3	56.4	49	44	7	91.1	45.8	57	41	2	83.7	10.2	20	48	33	46.7	14.0	8	72	20	75.1	14.0	42	45	13			
2001	100	112.2	57.2	47	47	6	92.3	46.6	58	40	2	84.3	13.8	14	46	40	47.1	15.3	8	76	16	75.1	14.7	42	41	17			
2002	117	123.5	56.4	35	57	8	96.4	44.5	56	42	3	83.4	12.5	21	44	36	46.6	22.4	15	67	18	75.3	14.8	42	42	16			
2003	131	125.8	63.5	34	56	10	102.9	51.6	47	50	4	85.0	11.5	15	45	40	44.5	16.6	13	76	11	76	14.6	39	46	15			
2004	144	127.7	62.6	35	55	10	106.7	49.5	50	47	4	87.2	10.2	9	45	46	45.9	19.0	11	74	15	78.3	12.1	39	42	19			
2005	159	135.1	67.3	32	56	12	109.5	52.4	44	53	3	85.9	12.9	11	48	42	43.0	15.8	15	76	9	79.3	11.4	33	47	20			
2006	170	134.8	64.2	29	59	12	113.8	53.7	41	56	3	87.1	10.3	9	44	47	43.0	15.0	15	75	10	78.8	13.0	30	48	22			
2007	186	138.4	71.4	29	59	12	119.3	58.1	38	55	7	87.1	9.5	11	39	50	42.4	15.4	15	74	10	79.2	12.4	34	43	23			
2008	193	145.5	73.7	28	56	17	124.0	54.1	35	59	7	87.3	8.5	9	48	43	41.7	15.0	24	63	12	79.2	11.9	34	46	20			
2009	200	149.0	72.7	26	57	18	127.2	57.1	35	57	8	87.3	11.2	11	41	48	41.8	15.2	23	67	10	80.2	12.0	32	44	24			
2010	203	154.8	75.5	23	59	18	132.0	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	79.9	10	58	32	149.4	61.9	20	64	16	84.3	10.9	17	47	36	32.7	11.9	46	51	3	74.8	14.4	47	38	15			
2016	300	186.8	82.3	11	54	35	153.4	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	50	38	154.0	63.5	18	64	18	83.1	10.9	20	50	30	32.2	11.7	51	46	3	75.7	13.4	44	41	14			
2018	355	200.1	90.3	7	53	40	156.6	67.6	16	63	21	79.9	12.1	27	46	27	29.7	11.5	61	35	4	73.9	13.7	45	40	15			
2019	368	209.0	95.0	6	47	47	159.4	67.1	15	62	23	78.7	12.7	33	44	23	28.5	11.4	63	35	2	73.4	13.5	47	41	12			

(ホスピス緩和ケア協会, 2019年度)

度がある。2020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528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56.2%、上記以外(都道府県独自指定または指定なし)の病院が35.4%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94,470件であり、平均189.9件であった(都道府県拠点病院356.2、地域がん診療連携拠点病院が209.3、上記以外の病院が112)。

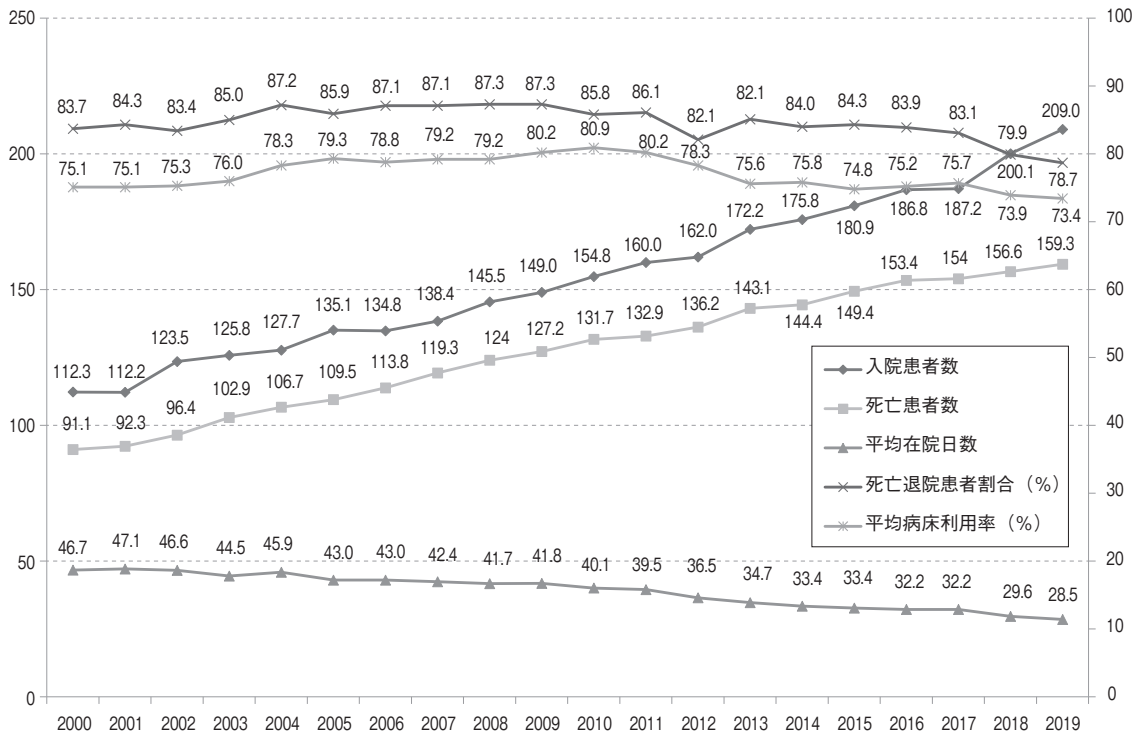
緩和ケアチームのメンバーに専従の身体担当の医師のみがいる割合が36.2%、精神担当のみが4.6%であった。専従看護師がいる割合は65.7%であり、専従または専任の薬剤師がいる割合は39.0%だった。活動状況は週5日以上が79.6%であり、がん患者の依頼状況は診断から初

期治療前が8.7%、がん治療中が45.6%、積極的がん治療終了後が45.7%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2019年までの変化をみると、依頼内容は疼痛が6.41%減少し、疼痛以外の身体症状が4.40%増加した。依頼時のperformance status (PS)は経時的にあまり変化はなく、転帰は死亡退院が減少する傾向にある(2010年の転帰は傾向が他の年度と異なっているが、その理由は不明である)。

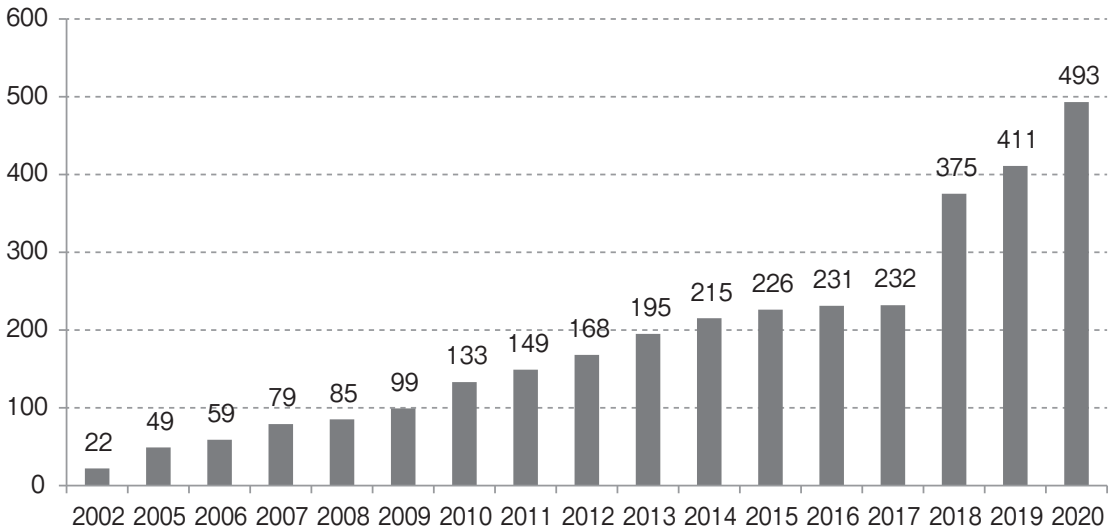
また、がん診療連携拠点病院のすべてに緩和ケアチームが設置されており、拠点病院の統計からもその概要を知ることができる(「がん診療連携拠点病院」の項を参照)。

緩和ケアチームに関しては政府統計である医療施設調査の統計もあり、その結果を表5に示す。2011年の医療施設調査では861施設が緩和ケアチームありと回答したが、2017年調査では1,086施設に増加した(それぞれ一般病院数の11.4%、



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2019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, 2019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	拠点病院の種類			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)	528	52	292	184	254	244	30
登録数 (%)	100	10.0	56.2	35.4	48.8	46.9	5.8
年間がん患者退院数	1,574,955	355,166	952,921	266,868	1,093,487	469,855	11,613
がんによる依頼件数割合	94,470 6.00%	17,929 5.05%	57,577 6.04%	18,964 7.11%	59,748 5.46%	33,138 7.05%	1,584 13.64%
緩和ケア外来の有無 あり	462	52	288	122	246	201	15
「あり」の割合	87.50%	100.00%	98.63%	66.30%	96.85%	82.38%	50.00%
外来緩和ケア管理料の算定有無 あり	202	27	131	44	139	59	4
「あり」の割合	38.26%	51.92%	44.86%	23.91%	54.72%	24.18%	13.33%
緩和ケア病棟の有無 あり	147	21	82	44	69	70	8
「あり」の割合	27.84%	40.38%	28.08%	23.91%	27.17%	28.69%	26.67%
緩和ケア診療加算 あり	323	44	194	85	216	101	6
「あり」の割合	61.17%	84.62%	66.44%	46.20%	85.04%	41.39%	20.00%
[医師]							
身体担当医の専従および精神担当医の専従がある施設・いない施設							
両方いる	14	7	6	1	10	4	0
身体担当医のみ	191	29	127	35	138	51	2
精神担当医のみ	24	3	13	8	10	13	1
両方いない	299	13	146	140	96	176	27
両方いる	2.65%	13.46%	2.05%	0.54%	3.94%	1.64%	0.00%
身体担当医のみ	36.17%	55.77%	43.49%	19.02%	54.33%	20.90%	6.67%
精神担当医のみ	4.55%	5.77%	4.45%	4.35%	3.94%	5.33%	3.33%
両方いない	56.63%	25.00%	50.00%	76.09%	37.80%	72.13%	90.00%
[看護師]							
専従がある施設・いない施設							
いる	347	49	236	62	211	132	4
「いる」の割合	65.72%	94.23%	80.82%	33.70%	83.07%	54.10%	13.33%
専門看護師または認定看護師がいる施設							
いる	511	52	291	62	253	238	20
「いる」の割合	96.90%	100.00%	99.30%	33.70%	99.60%	97.10%	69.20%
[薬剤師]							
専従または専任がある施設・いない施設							
いる	206	33	125	48	142	58	6
「いる」の割合	39.02%	63.46%	42.81%	26.09%	55.91%	23.77%	20.00%
[MSW]							
専従、専任、兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	421	42	243	136	206	190	25
「いる」の割合	79.73%	80.77%	83.22%	73.91%	81.10%	77.87%	83.33%
[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	287	27	189	71	162	119	6
「いる」の割合	54.36%	51.92%	64.73%	38.59%	63.78%	48.77%	20.00%
[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	393	34	218	141	178	189	26
「いる」の割合	74.43%	65.38%	74.66%	76.63%	70.08%	77.46%	86.67%
[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	469	46	258	165	229	215	25
「いる」の割合	88.83%	88.46%	88.36%	89.67%	90.16%	88.11%	83.33%

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	拠点病院の種類			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	65	16	41	8	45	19	1
「いる」の割合	12.31%	30.77%	14.04%	4.35%	17.72%	7.79%	3.33%
[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	68	16	36	16	43	23	2
「いる」の割合	12.88%	30.77%	12.33%	8.70%	16.93%	9.43%	6.67%
年間平均依頼件数							
指定別依頼件数合計	100,241	18,523	61,116	20,602	63,494	35,089	1,658
年間平均依頼件数	189.9	356.2	209.3	112	250	143.8	55.3
中央値	144.5	245.5	171	82.5	211	98	43

	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	1.50%	0.00%	0.30%	3.80%
週1～2日	13.80%	0.00%	7.50%	27.70%
週3～4日	5.10%	0.00%	5.10%	6.50%
週5～6日	75.40%	94.20%	82.50%	58.70%
週7日	4.20%	5.80%	4.50%	3.30%
依頼の時期（がん患者のみ）				
診断から初期治療前	8.70%	8.10%	8.70%	8.90%
がん治療中	45.60%	60.30%	47.00%	39.20%
積極的がん治療終了後	45.70%	31.70%	44.30%	51.90%

（日本緩和医療学会，2020年度緩和ケアチーム登録（2019年度チーム活動），2020年11月13日）

※「都道府県」は「国指定都道府県がん診療連携拠点病院」

※「地域」は「地域がん診療連携拠点病院」339施設，「地域がん診療病院」36施設，「特定領域がん診療連携拠点病院」1施設の合計

14.8%)。また，2011年9月に緩和ケアチームが診察した患者数は全国で23,374人であり，新規依頼患者数は5,191人であったが，2017年9月ではそれぞれ30,028人，9,030人に増加した。医療施設調査の次回の実施は2020年である。なお，拠点病院の現況報告に基づく，拠点病院の緩和ケアチームの状況は「がん診療連携拠点病院」の項に記載する。

## 緩和ケア外来

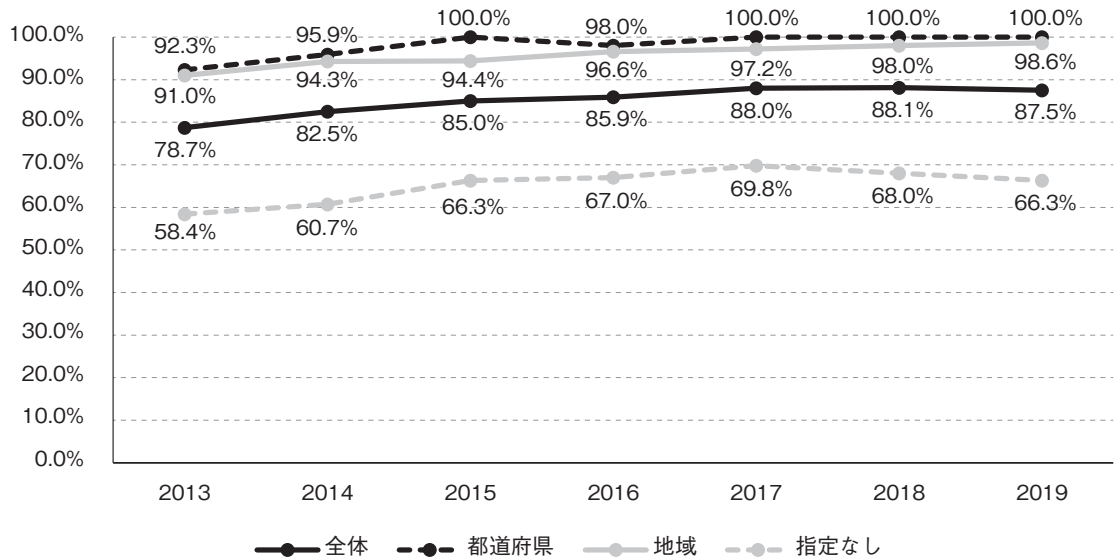
緩和ケア外来について，日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録に基づく統計を図5，6に示す。この統計では都道府県拠点病院の100%，地域拠点病院の98.6%で緩和ケア外来が設置されていた。外来緩和ケア管理料を算定しているのは，都道府県拠点病院の51.9%，地域拠点病院の44.9%

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

## がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院は，2002年から指定が開始された（当時は地域がん診療拠点病院）。図7にがん診療連携拠点病院数の推移を示す。2020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348病院，特定領域がん診療連携拠点病院として1病院，地域がん診療病院として45病院，合計445病院が指定されている。

がん診療連携拠点病院現況報告（2019年度）の集計結果を表6，7に示す。緩和ケア診療加算を算定している施設の割合は，60.9%であった。



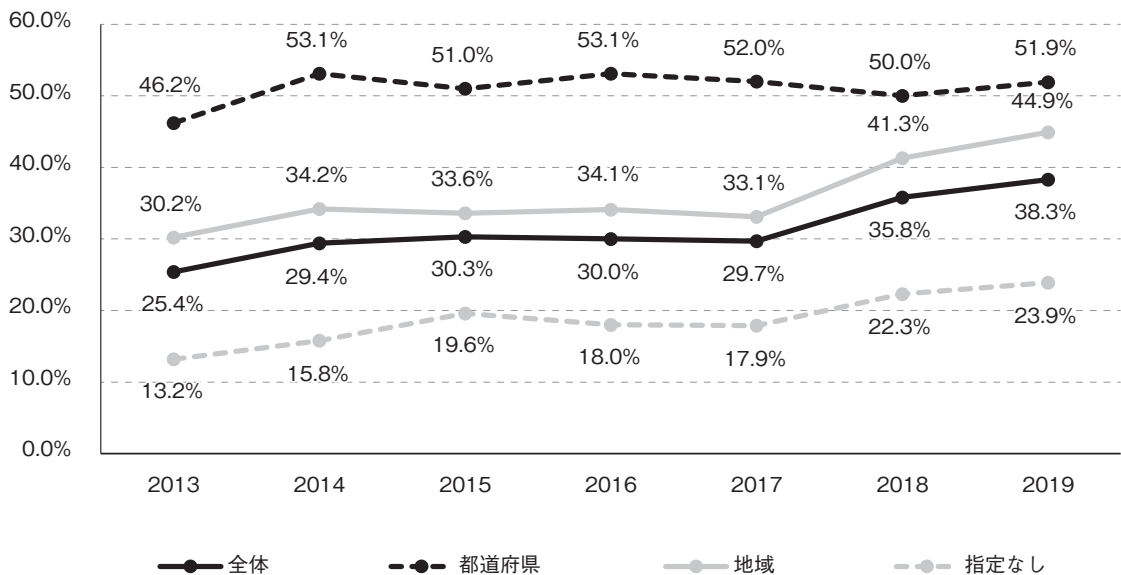
※緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数

※「都道府県」は「国指定都道府県がん診療連携拠点病院」

※「地域」は「地域がん診療連携拠点病院」339 施設、「地域がん診療病院」36 施設、「特定領域がん診療連携拠点病院」1 施設の合計

(日本緩和医療学会, 2020 年度緩和ケアチーム登録 (2019 年度チーム活動), 2020 年 11 月 13 日)

図 5 緩和ケア外来を有する施設割合



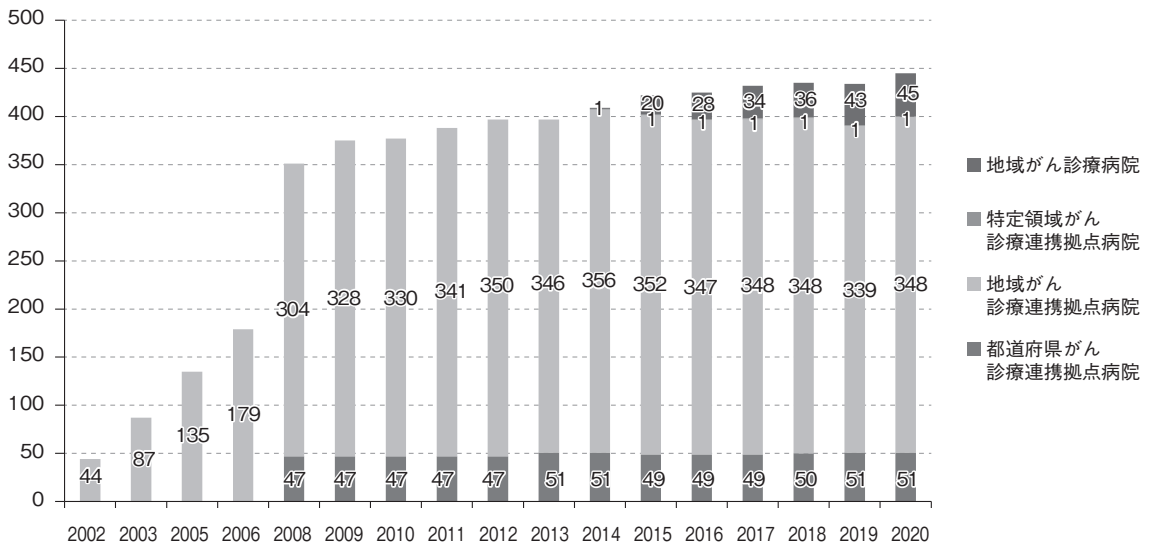
※緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数

※「都道府県」は「国指定都道府県がん診療連携拠点病院」

※「地域」は「地域がん診療連携拠点病院」339 施設、「地域がん診療病院」36 施設、「特定領域がん診療連携拠点病院」1 施設の合計

(日本緩和医療学会, 2020 年度緩和ケアチーム登録 (2019 年度チーム活動), 2020 年 11 月 13 日)

図 6 外来緩和ケア管理料の算定がある施設割合



(厚生労働省, がん診療連携拠点病院等一覧表, 2020年4月1日時点)

図7 がん診療連携病院数の推移

緩和ケア病棟入院料1を算定している施設の割合は、24.8%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97.5%、23.9%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95.5%・94.4%・88.1%であり、平均算定数はそれぞれ171.35 ± 250.31, 247.32 ± 1086.71, 370.27 ± 678.67であった。外来緩和ケア管理料を算定している施設の割合は51.7%であり、平均算定数は全体で26.57 ± 82.55件であった。

## 在宅緩和ケア

全死因, がんの死亡場所の推移を図8, 9に示す。2019年の全死因の自宅死亡の割合は13.6%であり, がんでは12.4%であった。全死因, がんの都道府県別の自宅死亡割合を図10, 11に示す。全死因に関して, 自宅死亡割合が高い都道府県は東京都18.9%, 神奈川県18.0%, 兵庫県16.6%であり, 一方で, 低い都道府県は大分県7.8%, 宮崎県8.8%, 秋田県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20.0%, 東京都18.7%, 奈良県15.9%であり, 一方で, 低

い都道府県は秋田県4.1%, 新潟県4.9%, 宮崎県6.4%であった。

なお, 緩和ケア病棟の死亡数は, これらは日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設のみの集計に基づいており, 本協会への加入率は85%程度であることを勘案すると, 2019年度における緩和ケア病棟の死亡割合は全がん患者の15~16%と推定される。

在宅療養支援診療所数の推移を図12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。2020年7月現在, 従来型在宅療養支援診療所は10,956件, 連携強化型在宅療養支援診療所は3,161件, 強化型在宅療養支援診療所は197件であり, すべてを合計すると14,314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13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。

一般診療所における在宅看取りの実施数と施設

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	135	107	70	36
2011年度	81	155	92	55	39
2012年度	90	178	108	63	47.5
2013年度	95	177	118	77.5	54
2014年度	106	221	128	78	53
2015年度	113	250	133.5		74
2016年度	122	279	140		71.5
2017年度	125	302	139		81
2018年度	137	303	159		85
2019年度	144.5	245.5	171		82.5

※ 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

※ 2015年度登録からは「都道府県」「地域」「指定なし」で区分

## 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	2019年
疼痛	18386	28447	32028	38281	42509	79484	50641	52052	56730	58760
	39.29%	36.89%	35.44%	34.86%	34.74%	34.34%	33.50%	32.53%	32.98%	32.88%
疼痛以外の身体症状	10084	18137	22157	27669	31043	56177	38864	40836	43908	46385
	21.55%	23.52%	24.52%	25.20%	25.37%	24.27%	25.71%	25.52%	25.53%	25.95%
精神症状	9516	15265	17414	21497	23965	46343	29863	33124	35237	35426
	20.33%	19.79%	19.27%	19.57%	19.59%	20.02%	19.76%	20.70%	20.48%	19.82%
家族ケア	2562	5110	6218	7456	7892	15627	11020	11129	12176	12753
	5.47%	6.63%	6.88%	6.79%	6.45%	6.75%	7.29%	6.96%	7.08%	7.14%
倫理的問題	714	947	1079	1609	1404	2290	2692	3330	4612	7274
	1.53%	1.23%	1.19%	1.47%	1.15%	0.99%	1.78%	2.08%	2.68%	4.07%
地域との連携・退院支援	3734	5120	6128	7799	8212	15223	9842	9902	10885	12376
	7.98%	6.64%	6.78%	7.10%	6.71%	6.58%	6.51%	6.19%	6.33%	6.92%
その他	1801	4095	5342	5508	7325	16301	8244	9639	8486	5763
	3.85%	5.31%	5.91%	5.02%	5.99%	7.04%	5.45%	6.02%	4.93%	3.22%
合計（回答なしを除く）	46797	77121	90366	109819	122350	231446	151167	160012	172035	178737
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

## 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	2019年
PS 0	6.60	5.60	5.10	5.50	5.90	6.20	5.70	6.70	6.60	6.20
PS 1	17.00	16.10	17.40	17.10	17.10	19.40	19.00	20.30	20.20	19.90
PS 2	24.10	23.20	22.30	23.00	22.70	22.80	22.10	20.20	22.50	22.80
PS 3	30.10	30.20	29.70	30.10	30.60	30.10	29.90	29.80	29.80	29.60
PS 4	22.10	25.00	25.40	24.30	23.60	21.60	23.30	23.00	21.00	21.40

## 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	2019年
介入終了（生存）	15.40	7.90	9.00	7.80	8.30	8.20	7.80	8.10	8.90	8.10
緩和ケア病棟転院	9.20	9.40	10.80	11.00	11.90	12.20	12.70	13.00	13.70	13.90
その他の転院	7.10	6.80	6.90	6.70	7.20	7.00	7.10	6.80	7.20	7.50
退院	35.40	33.70	34.50	36.10	36.40	38.10	39.10	40.70	39.80	41.20
死亡退院	32.90	35.80	33.00	32.80	29.90	28.80	27.50	25.80	24.80	24.10
介入継続中	0.00	6.50	5.90	5.70	6.30	5.70	5.80	5.60	5.60	5.20
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	100.0

（日本緩和医療学会，2020年度緩和ケアチーム登録（2019年度チーム活動），2020年11月13日）

数（各年9月1カ月分）の推移を図14に示す。一般診療所は在宅療養支援診療所の届け出をしていない診療所である。2017年の在宅看取り実施件数は9,958件であり、実施施設数は4,729施設であった。人口10万人当たりの一般診療所における在宅看取り実施施設数を図15に示す。和歌山県で最も多く6.6、次いで愛媛県で6.3、岐阜県で6.1であった。一方で少ない都道府県は高知県1.73、沖縄県1.88、北海道2.11であった。人口

10万人あたりの一般診療所における在宅看取り実施件数を図16に示す。多い都道府県は岐阜県13.0、愛媛県11.7、神奈川県10.9であった。一方で、少ない都道府県は高知県2.31、沖縄県4.5、熊本県4.5であった。

在宅療養支援病院数の推移を図17に示す。2012年度より在宅療養支援病院が従来型在宅療養支援病院、連携強化型在宅療養支援病院、強化型在宅療養支援病院の3区分に変更になった。

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)(2019年度)

がん拠点病院の状況(全般) N=447			
病床数総数	平均±標準偏差	565.26	±224.8
緩和ケア診療加算	あり	272	60.85%
件数(緩和ケア診療加算)	平均±標準偏差	1299.26	±2386.21
緩和ケア病棟入院料1	あり	111	24.83%
件数(緩和ケア病棟入院料1)	平均±標準偏差	1215.05	±2322.54
緩和ケア病棟入院料2	あり	26	5.81%
件数(緩和ケア病棟入院料2)	平均±標準偏差	124.18	±631.16
がん性疼痛緩和和管理指導料1	あり	436	97.53%
件数(がん性疼痛緩和和管理指導料1)	平均±標準偏差	406.25	±524.43
がん性疼痛緩和和管理指導料2	あり	107	23.93%
件数(がん性疼痛緩和和管理指導料2)	平均±標準偏差	4.15	±49.72
がん患者指導管理料1	あり	427	95.52%
件数(がん患者指導管理料1)	平均±標準偏差	171.35	±250.31
がん患者指導管理料2	あり	422	94.40%
件数(がん患者指導管理料2)	平均±標準偏差	247.32	±1086.71
がん患者指導管理料3	あり	394	88.14%
件数(がん患者指導管理料3)	平均±標準偏差	370.27	±678.67
外来緩和ケア管理料	あり	231	51.67%
件数(外来緩和ケア管理料)	平均±標準偏差	26.57	±82.55
リンパ浮腫指導管理料	あり	364	81.43%
件数(リンパ浮腫指導管理料)	平均±標準偏差	70.07	±95.73
がん患者リハビリテーション料	あり	420	93.96%
件数(がん患者リハビリテーション料)	平均±標準偏差	5216.27	±5478.71
緩和医療専門医常勤	平均±標準偏差	1.88	±1.35
がん看護専門看護師常勤	平均±標準偏差	1.08	±1.65
がん性疼痛看護認定看護師常勤	平均±標準偏差	0.71	±0.96
緩和ケア認定看護師常勤	平均±標準偏差	1.88	±1.35
年間新入院がん患者数	平均±標準偏差	3315.7	±2330.63
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	25.67	±15.7
年間外来がん患者数	平均±標準偏差	66437.45	±60950.25
年間院内死亡がん患者数	平均±標準偏差	199.28	±130.51
新入院がん患者数	平均±標準偏差	3315.7	±2330.63
新入院患者数に占めるがん患者の割合	平均±標準偏差	25.67	±15.7



表7 がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2019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	403	90%
緩和ケアチームの整備	403	90%
苦痛のスクリーニング体制	404	90%
スクリーニングされた患者への対応体制	404	90%
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	403	90%
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説明	403	90%
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	403	90%
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	403	90%
緩和ケアチーム：専任または専従の医師は、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加、適切な助言、必要に応じて共同して診療計画の立案	403	90%
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	403	90%
外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制と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	403	90%
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	403	90%
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	403	90%
院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析、評価の実施	403	90%
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	403	90%
緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化と周知	403	90%
緩和ケアのリンクナースの配置	367	82%
必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備	403	90%
緩和ケアについて患者・家族への情報提供	403	90%
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	403	90%
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	403	90%
緩和ケア病棟の設置	125	28%
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	403	90%
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	403	90%
主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意志決定支援と、地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスの実施	403	90%
緩和ケアチーム：身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する専任または専従の医師	403	90%
緩和ケアチーム：身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する専任の医師	240	54%
緩和ケアチーム：身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する専従の医師	266	60%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する専任または専従の医師	314	70%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する専任の医師	253	57%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有するは専従の医師	67	15%
緩和ケアチーム：緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する専従の看護師	404	90%
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	404	90%
緩和ケアチーム：薬剤師の配置	403	90%
緩和ケアチーム：医療心理に携わる者の配置	315	70%
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	403	90%
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	403	90%
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	403	90%
緩和ケアに関する自施設の情報の把握・評価、PDCAサイクルの確保	403	90%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	402	90%
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%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	399	93%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域に対してわかりやすく広報	399	93%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内の見やすい場所に掲示	154	36%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内誌、チラシ等で広報	113	26%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：ホームページに掲載	215	50%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域の広報誌等で広報	34	8%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：その他の方法で掲載	36	8%

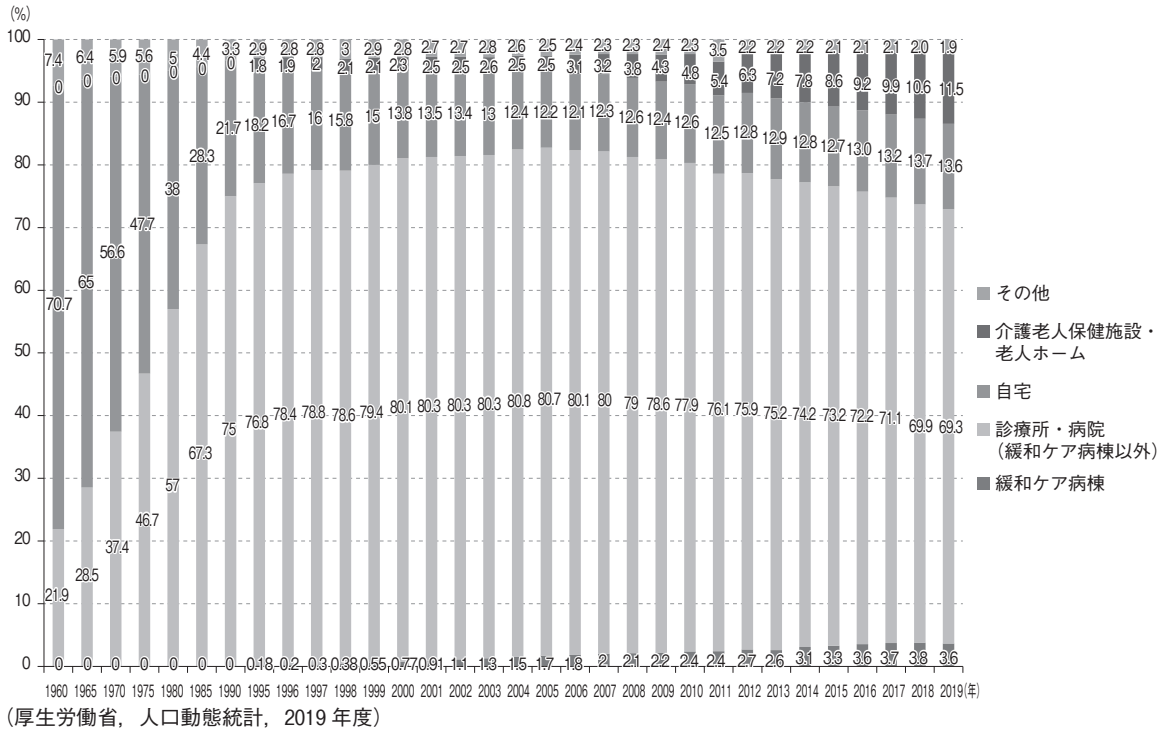


図8 死亡場所の推移 (全死因)

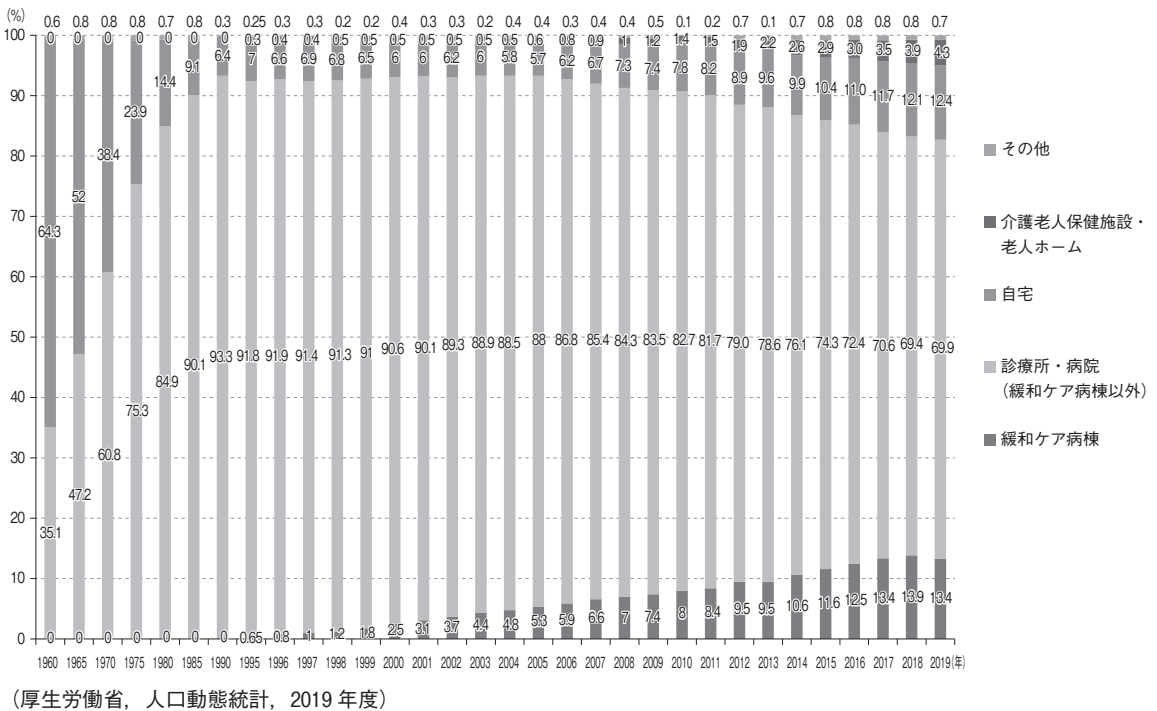
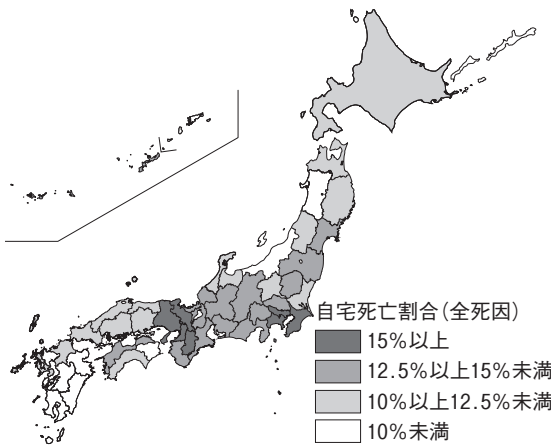
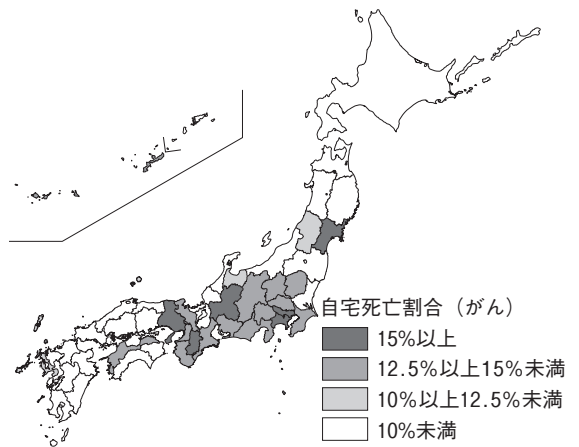


図9 死亡場所の推移 (がん)



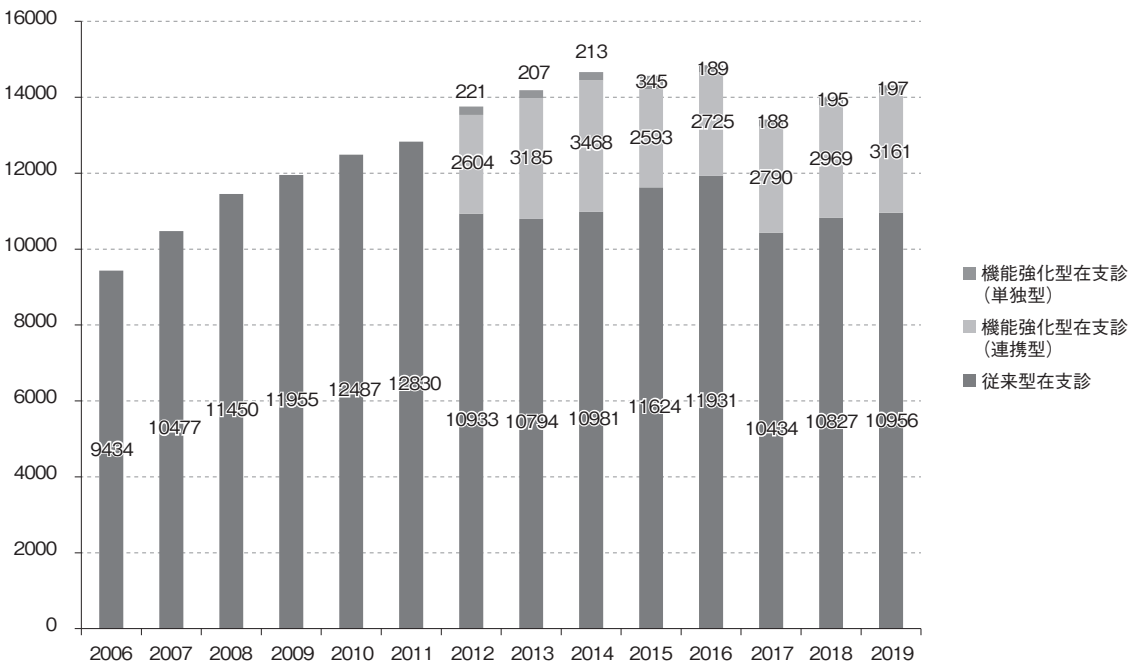
(厚生労働省, 人口動態統計, 2018年度)

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, 2019年度)

図11 都道府県別自宅死亡割合(がん)



(厚生労働省, 地方厚生局への施設基準の届出状況, 2020年7月1日)

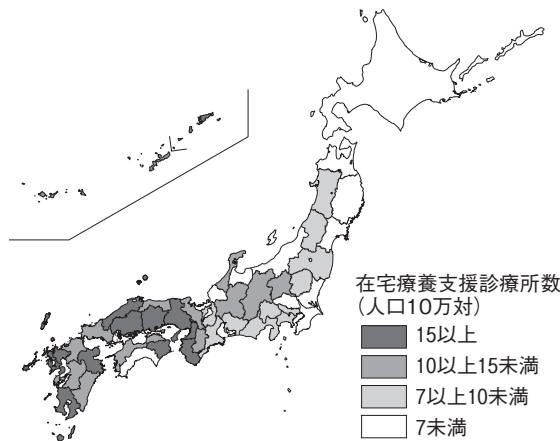
図12 在宅療養支援診療所数の推移

2020年9月現在, 従来型在宅療養支援病院は877件, 連携強化型在宅療養支援病院は366件, 強化型在宅療養支援病院は196件であり, すべてを合計すると1,439件であった。

平成28年(2017年)度に制定された緩和ケア

充実診療所の都道府県別数を図18に示す。2019年11月現在, 全国で770施設であり, 人口10万人対の数では神奈川県1.16, 東京都1.08, 石川県0.89が多かった。

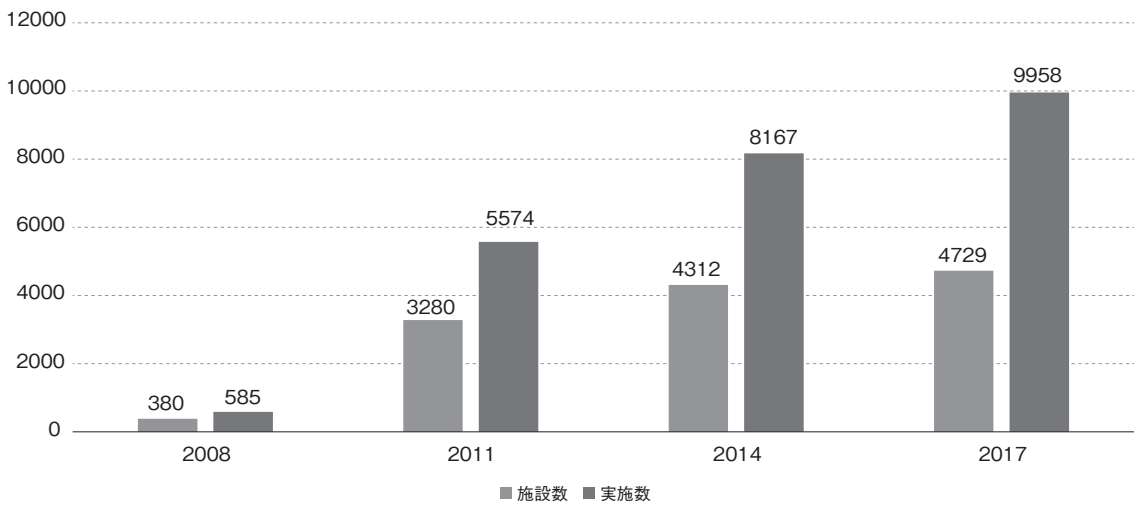
訪問看護ステーション24時間対応体制加算届



(厚生労働省, 医療施設調査(静態調査), 2017年10月1日)

※医療施設調査(静態調査)は3年に1回実施

図13 都道府県別在宅療養支援診療所数



(厚生労働省, 医療施設調査(静態調査), 2017年10月1日)

※医療施設調査(静態調査)は3年に1回実施

※一般診療所: 在宅療養支援診療所の届け出をしていない診療所

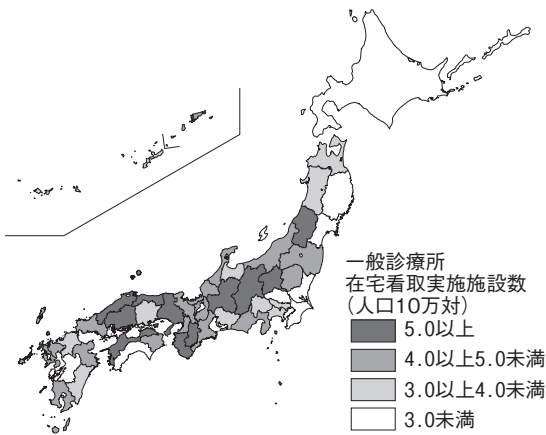
図14 一般診療所における在宅看取りの実施数と施設数推移

出事業数の推移を図19に示す。2019年の届出事業数は10,238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20に示す。人口10万対届出事業所数が多かった都道府県は大阪府12.5, 和歌山県12.4, 鳥根県11.9であり, 少なかった都道府県は埼玉県5.2, 新潟県5.2, 栃木県5.4

であった。

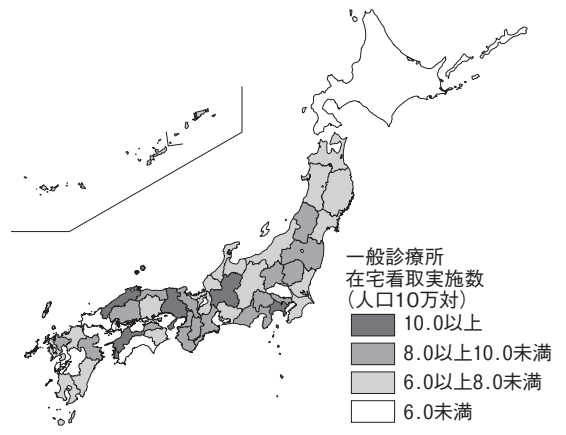
## 教育・学会

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21に示す。2020年9月30日までで修



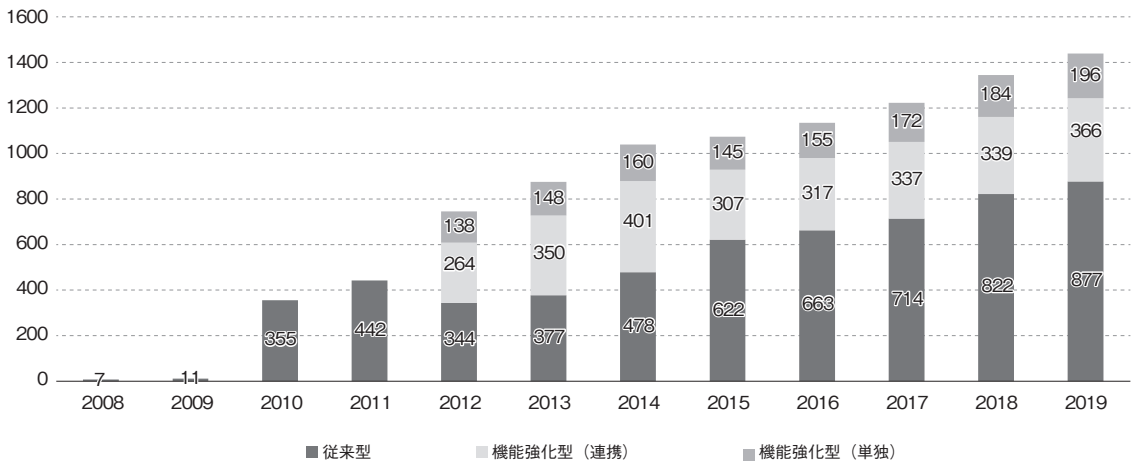
(厚生労働省, 医療施設調査 (静態調査), 2017年10月1日)  
 ※医療施設調査 (静態調査) は3年に1回実施  
 ※一般診療所：在宅療養支援診療所の届け出をしていない診療所

図15 一般診療所在宅看取り実施施設数 (都道府県別)



(厚生労働省, 医療施設調査 (静態調査), 2017年10月1日)  
 ※医療施設調査 (静態調査) は3年に1回実施  
 ※一般診療所：在宅療養支援診療所の届け出をしていない診療所

図16 一般診療所在宅看取り実施数 (都道府県別)



(厚生労働省, 地方厚生局への施設基準の届出状況, 2020年7月1日)

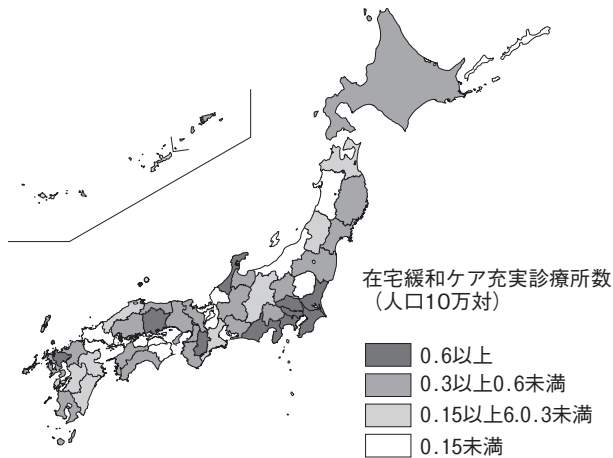
図17 在宅療養支援病院数の推移

了者数の合計は、139,467人であった。また、2020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22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232.5、富山県186.8、和歌山県185.2、であり、一方で、少なかった都道府県は埼玉県56.3、新潟県71.4、宮城県76.5であった。

日本緩和医療学会専門医数の推移を図23に、2019年4月1日現在の都道府県別専門医数を図

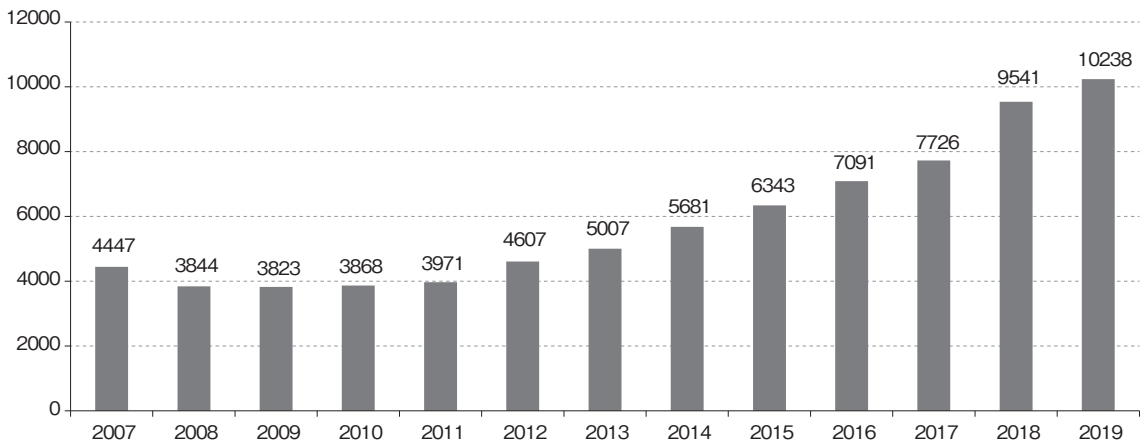
24に示す。2020年4月1日現在の日本緩和医療学会専門医数は273名であり、最大が東京都の50名であった。専門医がいない都道府県は5あった。

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25に示す。2020年12月25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2,438人であり、これ



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2020年11月20日現在)

図18 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, 2019年10月1日現在)

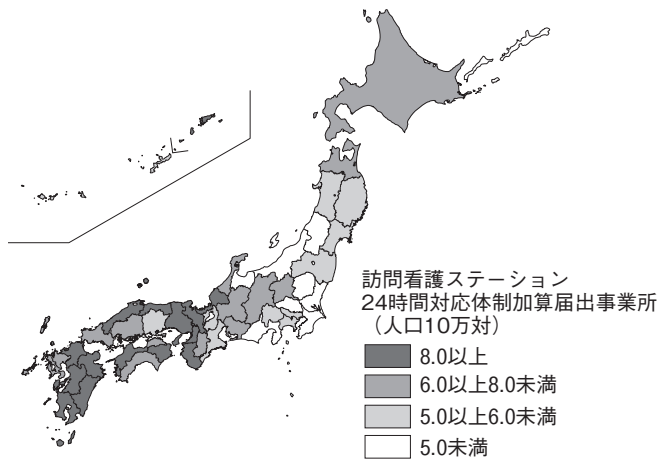
図19 訪問看護ステーション 24時間対応体制加算届出事業数の推移

らの合計は4,079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26に示す。合計数が多い都道府県は山梨県9.1, 富山県7.3, 島根県5.7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。

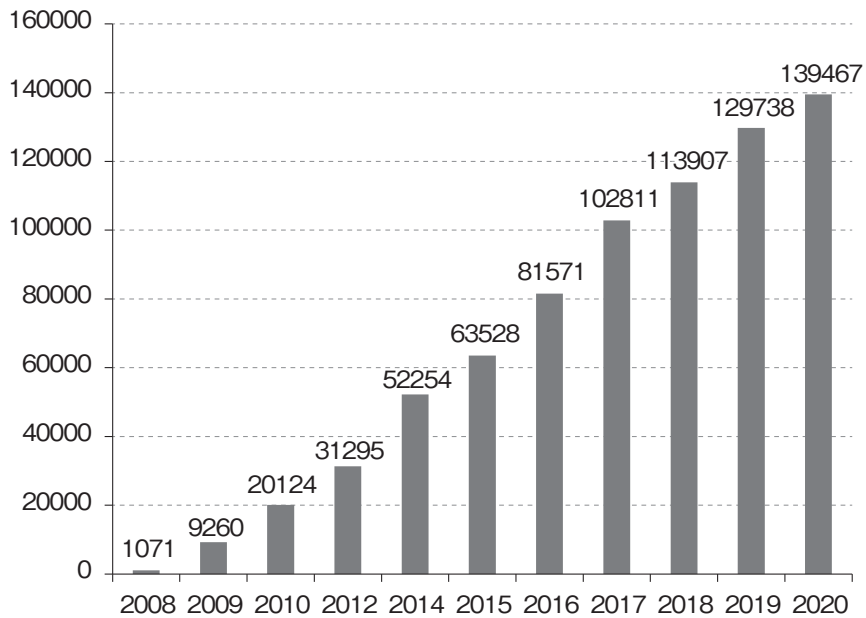
日本緩和医療学会のエンド・オブ・ライフ・ケア教育プログラムであるELNEC-J(The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)の指

導者数の推移を図27に示す。2020年5月22日現在, 指導者は全国で2,213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28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3.9人, 島根県3.9人, 京都府3.1人であり, 少なかった都道府県は埼玉県0.9人, 静岡県1.0人, 千葉県1.1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29に示す。2019年における



(厚生労働省, 護サービス施設・事業所調査, 2019年10月1日現在)  
 図20 都道府県別訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数

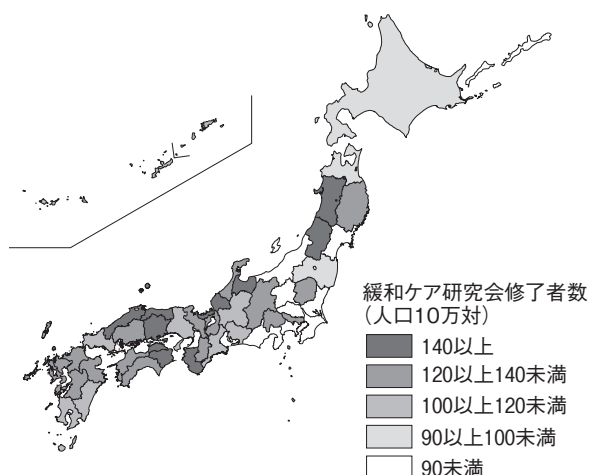


(厚生労働省, 健康局 がん・疾病対策課, 2020年9月30日現在)  
 図21 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の終了者数の推移

累積の受講者数の合計は40,200人であった。また、2020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30に示す。人口10万人対受講者数が多かった都道府県は島根県99.5人、鹿児島県96.6人、岩手県67.5人であり、少なかった都

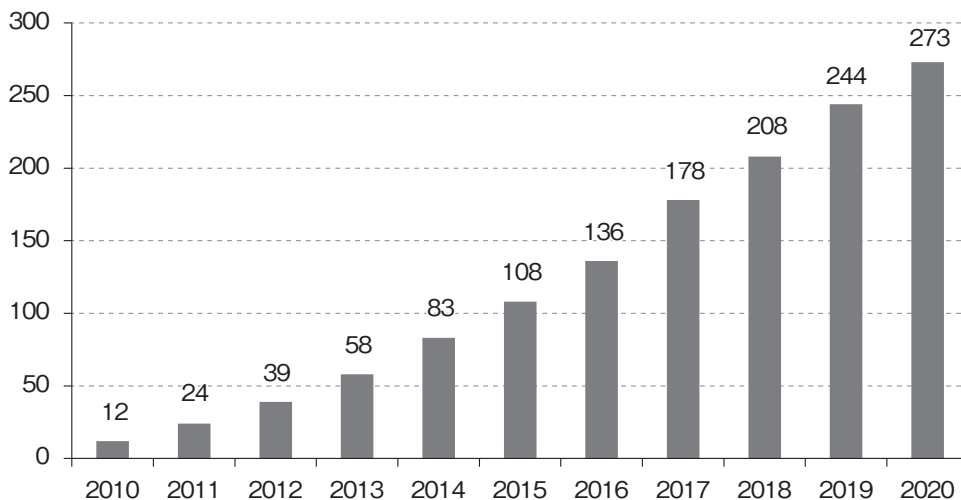
道府県は静岡県10.9人、神奈川県13.2人、静岡県10.9人であった。

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31に示す。2020年3月、緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で785人であった。2020年3月現在の人口10万人対都道府県別緩和薬物



(厚生労働省, 健康局 がん・疾病対策課, 2020年9月30日現在)

図 22 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



※ 2010年度から専門医制度が開始  
(日本緩和医療学会, 2020年4月1日現在)

図 23 日本緩和医療学会専門医数の推移

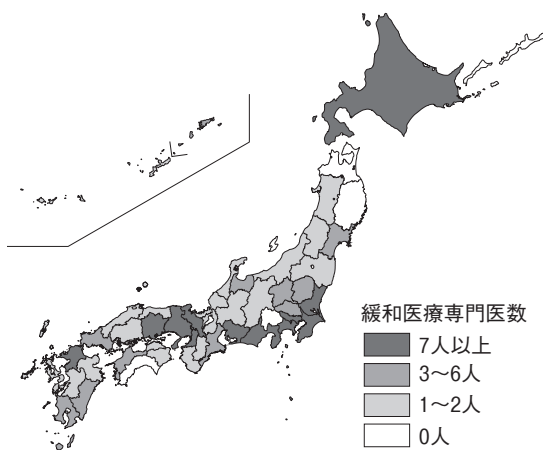
療法認定薬剤師数を図 32 に示す。人口 10 万人対緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は島根県 1.35 人、石川県 1.25 人、広島県 1.12 であり、少なかった都道府県は、山梨県 0.13 人、宮崎県 0.19、秋田県 0.21 人であった。

日本緩和医療学会の会員数の推移を図 33 に示

す。2020年4月現在の総会員数は12,731人であり、昨年より55人減少した。職種別では医師が6,299人(49%)、看護師が4,634人(36%)、薬剤師が1,012人(8%)であった。

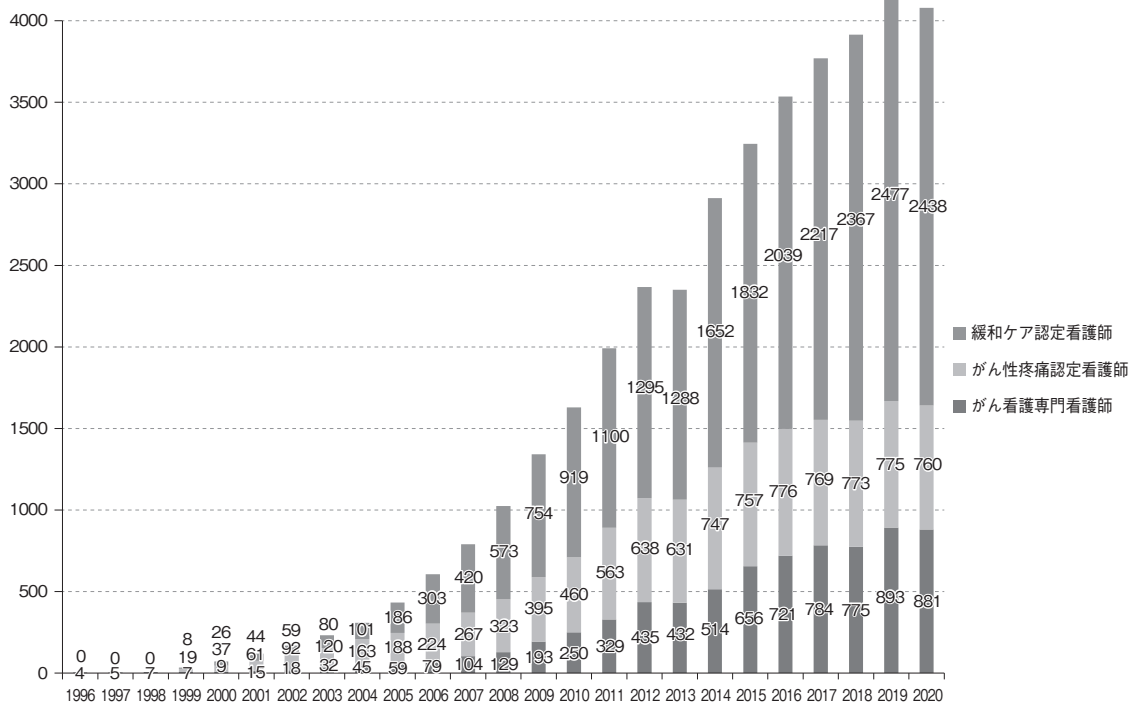
日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移を図 34 に示す。2020年9月1日現在の総会員数は





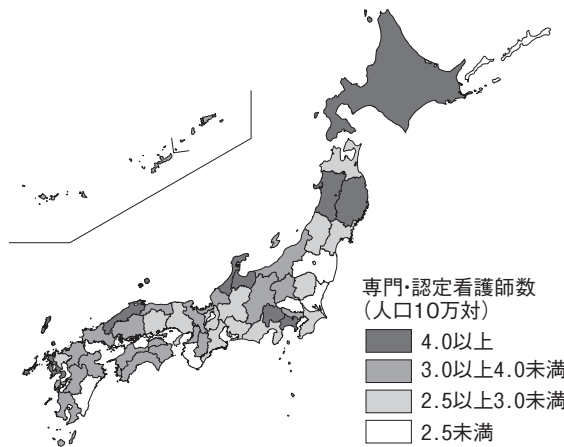
(日本緩和医療学会, 2020年4月1日現在)

図 24 都道府県別日本緩和医療学会専門医数



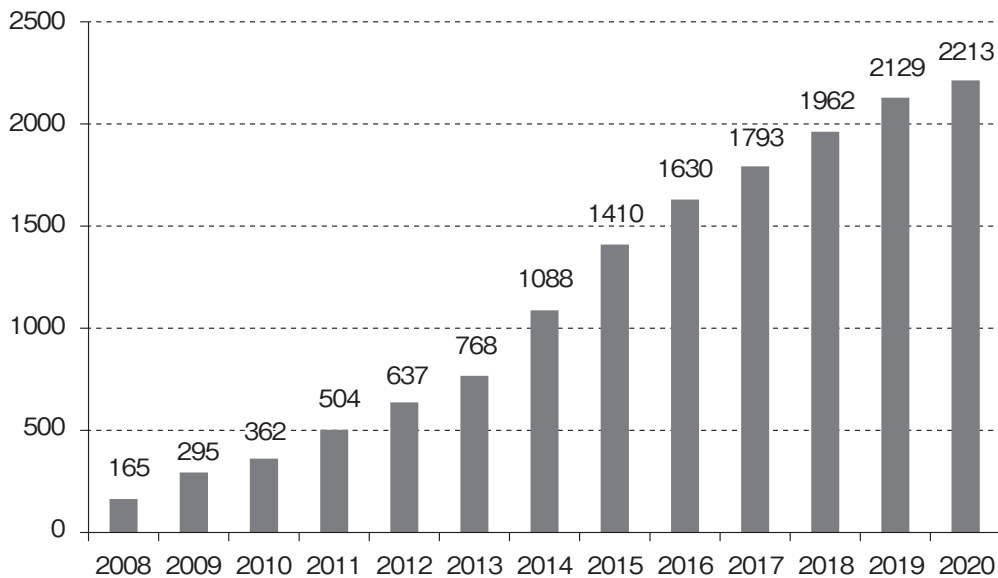
(日本看護協会, 2020年12月1日現在)

図 25 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12月1日現在)

図26 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



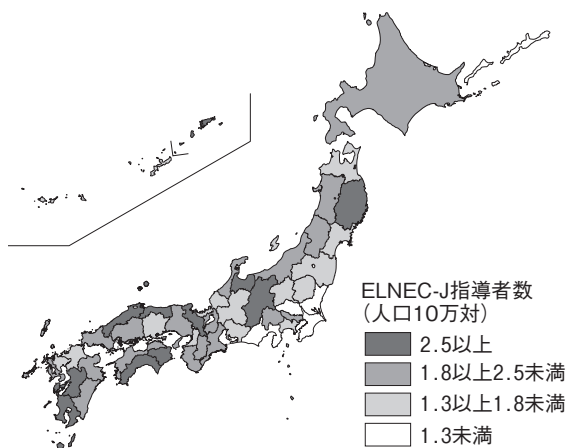
(日本緩和医療学会, 2020年5月22日現在)

図27 ELNEC-J 指導者数の推移

1,857人であり, 医師が882人(47%), 看護職が422人(23%), 心理職が346人(19%)であった。

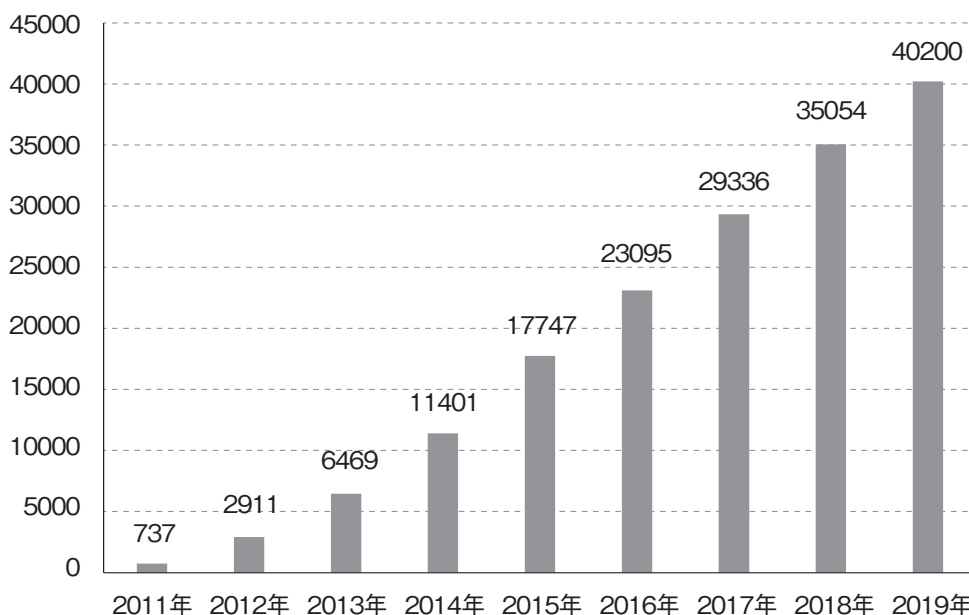
日本がん看護学会の会員数の推移を図35に示す。2020年10月31日現在の総会員数は5,419人であった。日本緩和医療学会の会員数の推移を図36に示す。2020年11月26日現在の会員数は

3,823人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を図37に示す。2019年の会員数は2,923人であった。日本がんサポーターズケア学会会員数の推移を図38に示す。2021年2月16日現在の会員数は1,106人であった。



(日本緩和医療学会, 2020年5月22日現在)

図28 都道府県別 ELNEC-J 指導者数



(日本緩和医療学会, 2020年4月1日現在)

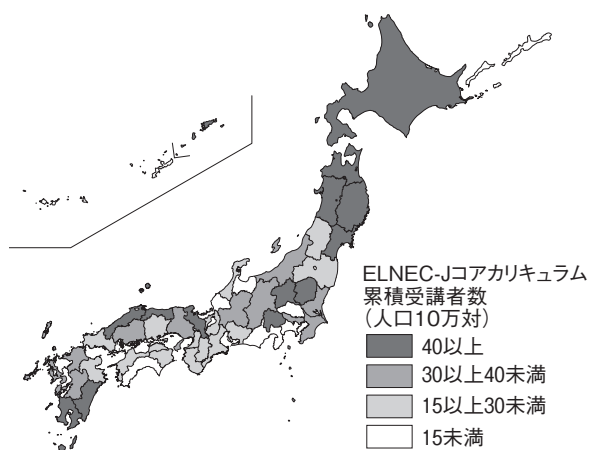
図29 ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの受講者数の推移

## 診療報酬

社会医療診療行為別調査にもとづく緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料、がん性疼痛緩和指導管理料の算定数の全国推計の推移を図39～41に示す。緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料

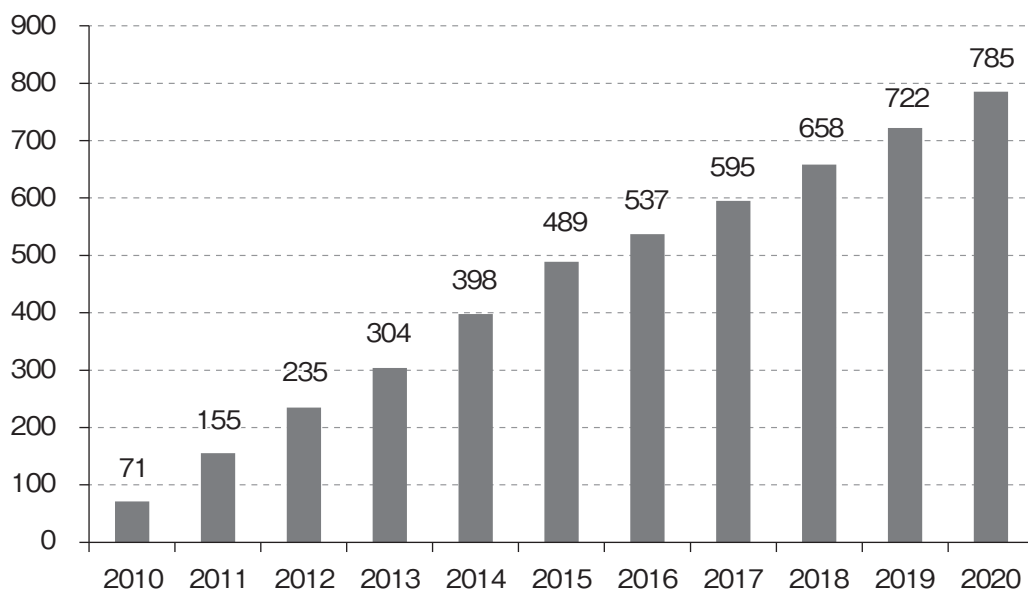
については算定施設数が少なく、標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。

同じく社会医療診療行為別調査にもとづく在宅ターミナルケア加算、看取り加算、死亡診断加算の算定数を図42に示す。また、在宅がん医療総合診療料等を図43、在宅患者訪問看護・指導料



(日本緩和医療学会, 2020年4月1日現在)

図30 ELNEC-J看護師教育コアカリキュラムの受講者数



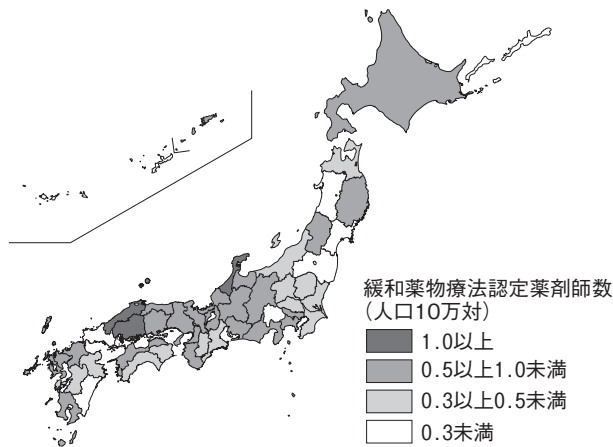
(日本緩和医療薬学会, 2020年3月現在)

図31 緩和薬物療法認定薬剤師数の推移

等を図44, 麻薬管理等関する加算を図45, 在宅悪性腫瘍患者指導管理料等を図46に示す。がん患者指導管理料1~3について図47に示す。2016年度から新たに追加された在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について図48~52に示す。

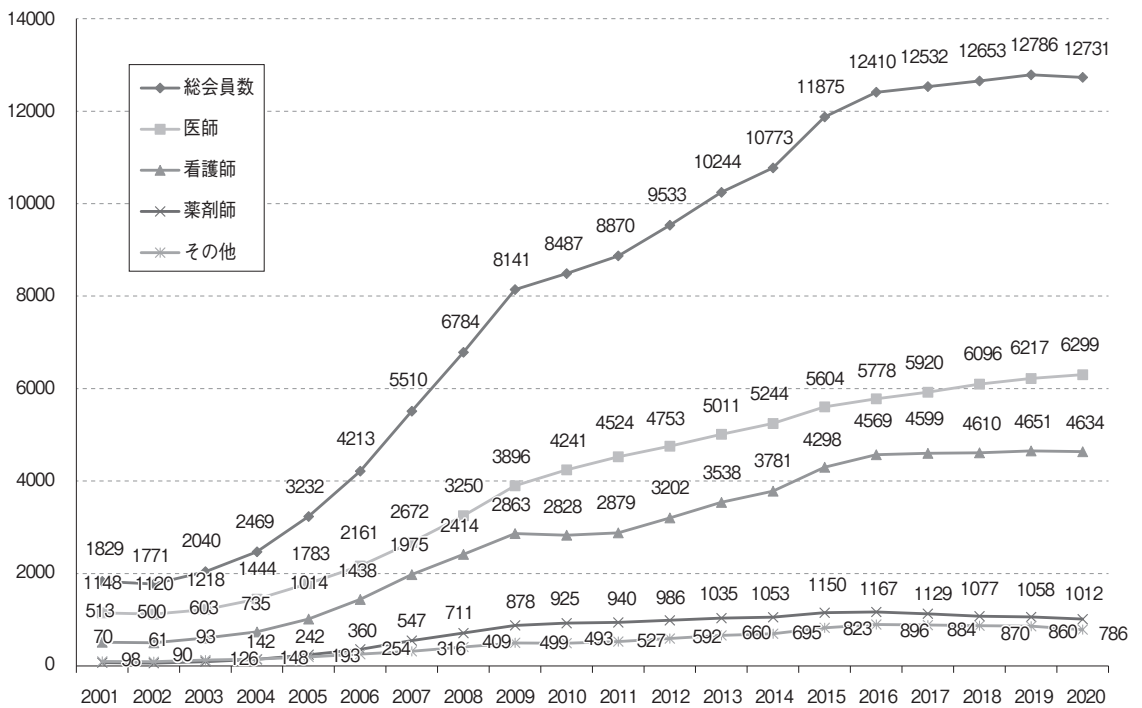
また, 2018年度NDBオープンデータに基づく

都道府県別の診療報酬からの集計を図53~64に示す。NDBオープンデータに基づく人口10万対緩和ケア診療加算点数を図53, 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54, NDBオープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料1(30日以内)の全ての緩和ケア病棟入院



(日本緩和医療薬学会, 2020年3月現在)

図 32 都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数

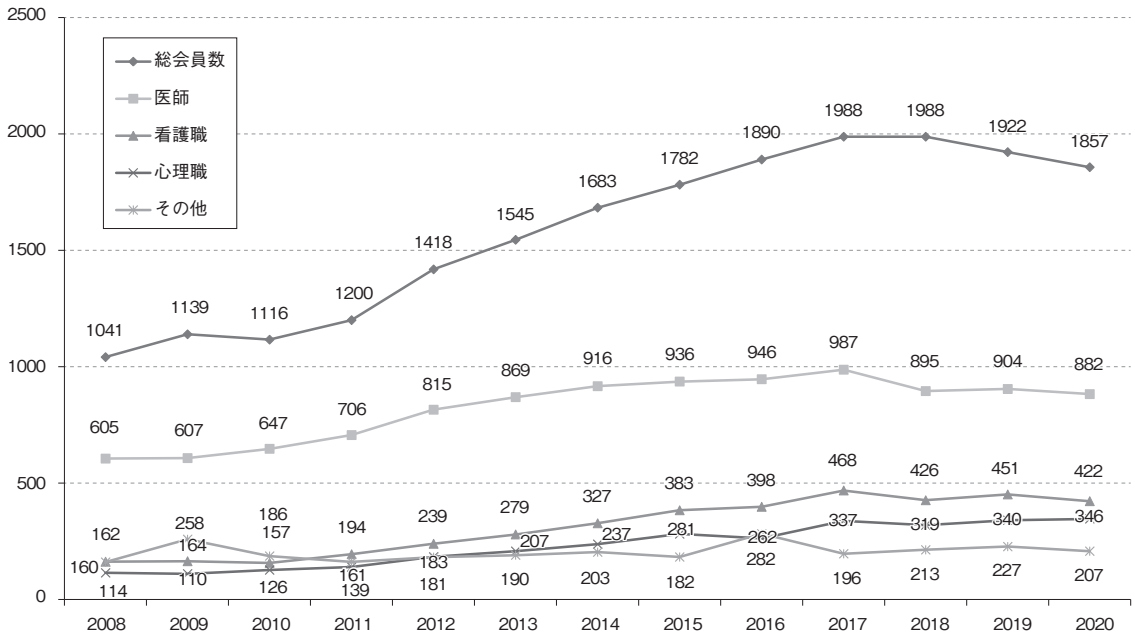


(日本緩和医療学会, 2020年4月30日現在)

図 33 日本緩和医療学会会員数の推移

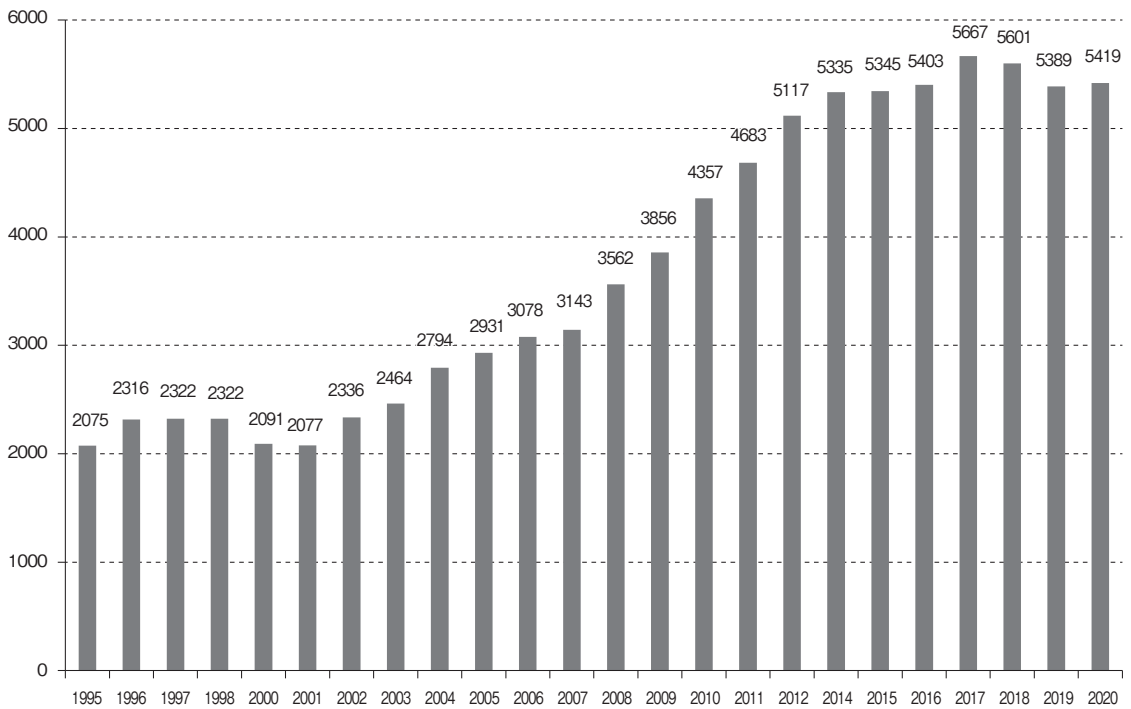
料1に占める割合を図55, NDBオープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料2(30日以内)の全ての緩和ケア病棟入院料2に占める割合を図56, NDBオープンデータに基づくがん性疼痛緩和指

導料(外来)を図57, 同(入院)を図58に示す。同様にNDBオープンデータに基づく人口10万対がん患者指導管理料1~3(外来)を図59~図61, 同(入院)を図62~64に示す。



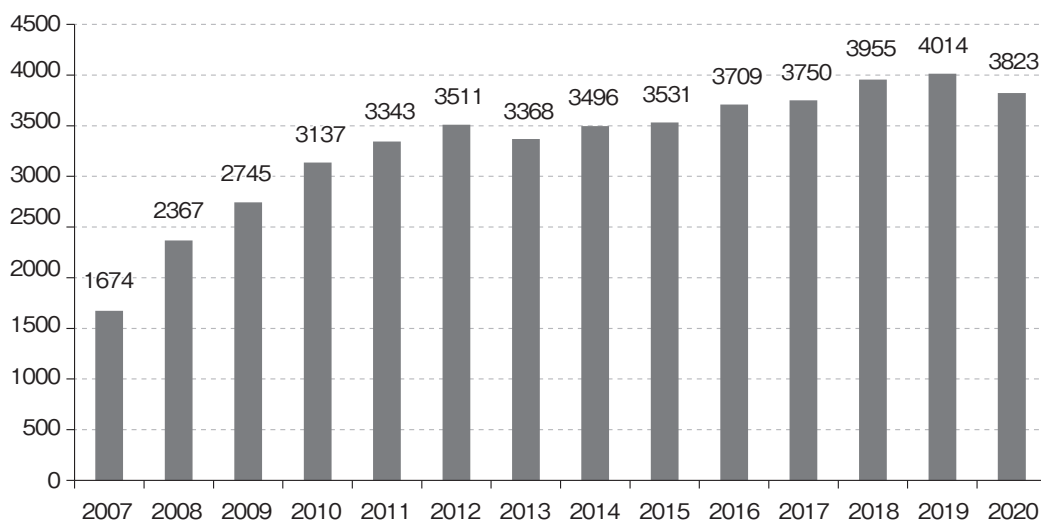
(日本サイコオンコロジー学会, 2020年9月1日現在)

図 34 日本サイコオンコロジー学会会員数の推移



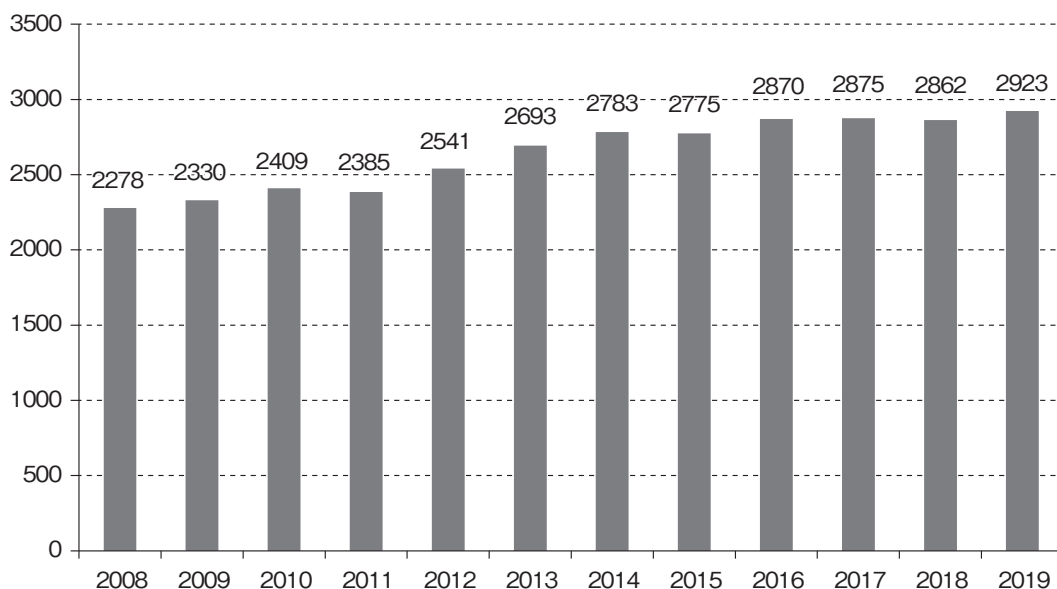
(日本がん看護学会, 2020年10月31日現在)

図 35 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11月26日現在)

図36 日本緩和医療薬学会会員数の推移



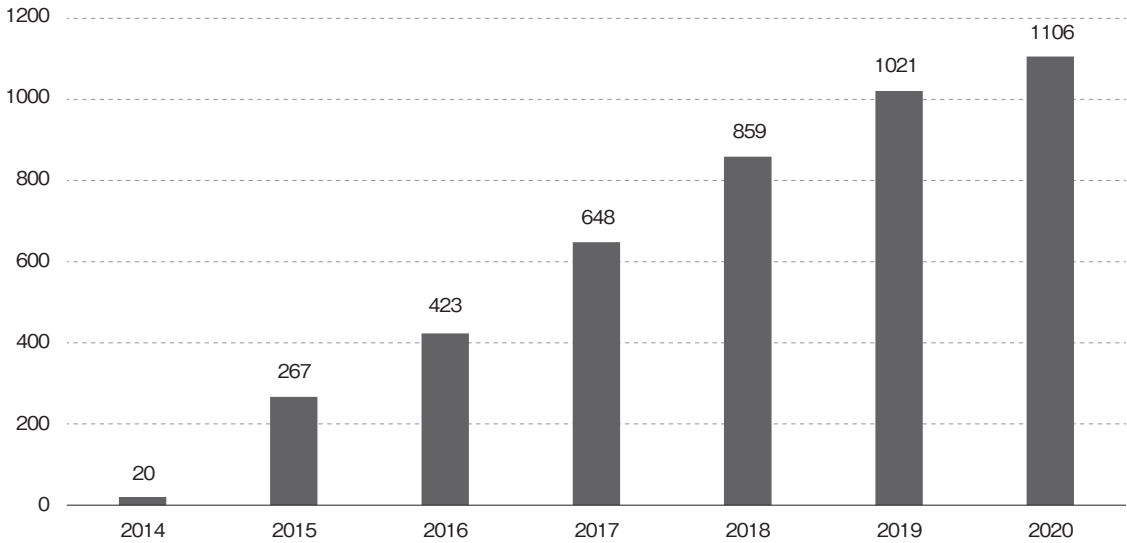
(日本死の臨床研究会, 2020年1月25日現在)

図37 日本死の臨床研究会会員数の推移

## 医療用麻薬

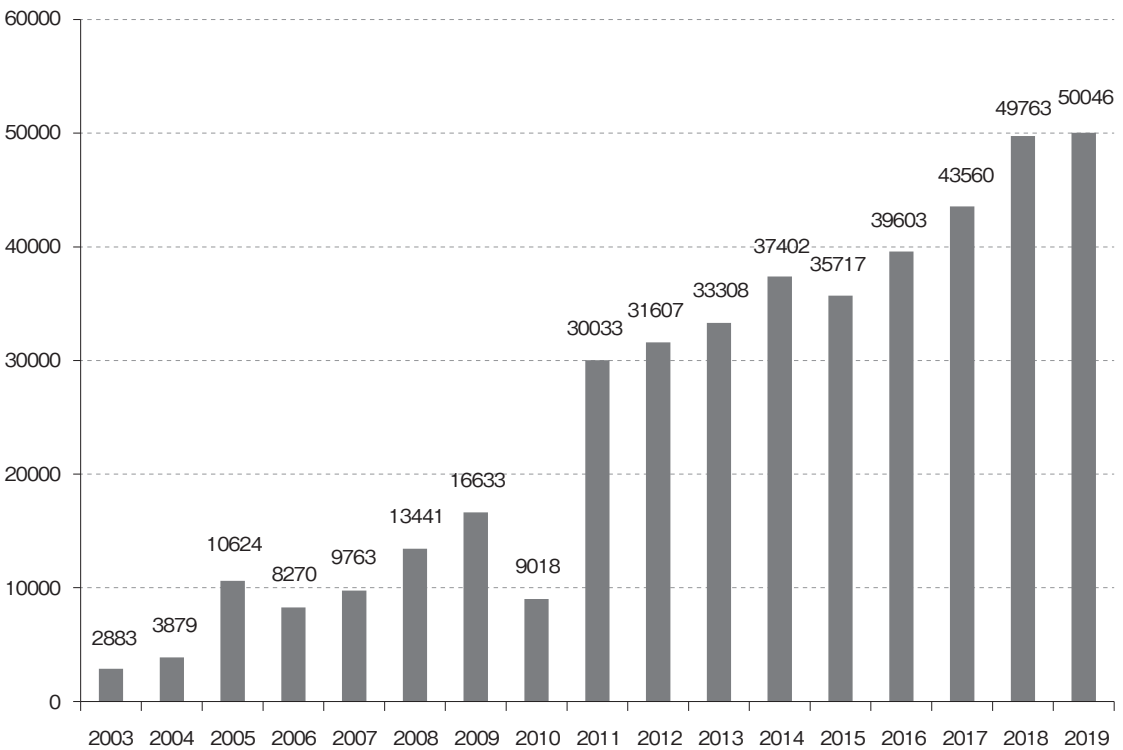
人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移を図65に示す。2018年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ1.4g、オキシコドン6.0g、フェンタニル25.8gであり、合計は33.2gであっ

た。2018年の都道府県別人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）を図66に示す。人口千対消費量が多かった都道府県は北海道52.5g、青森県45.6g、鳥取県45.4gであり、少なかった都道府県は神奈川県26.4g、埼玉県26.7g、奈良県27.7gであった。



(日本がんサポーターケア学会, 2021年2月16日現在)

図 38 日本がんサポーターケア学会会員数の推移

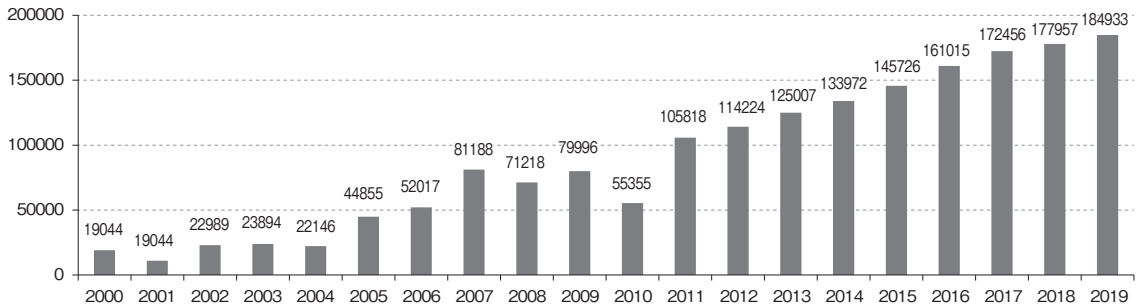


※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図 39 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア診療加算

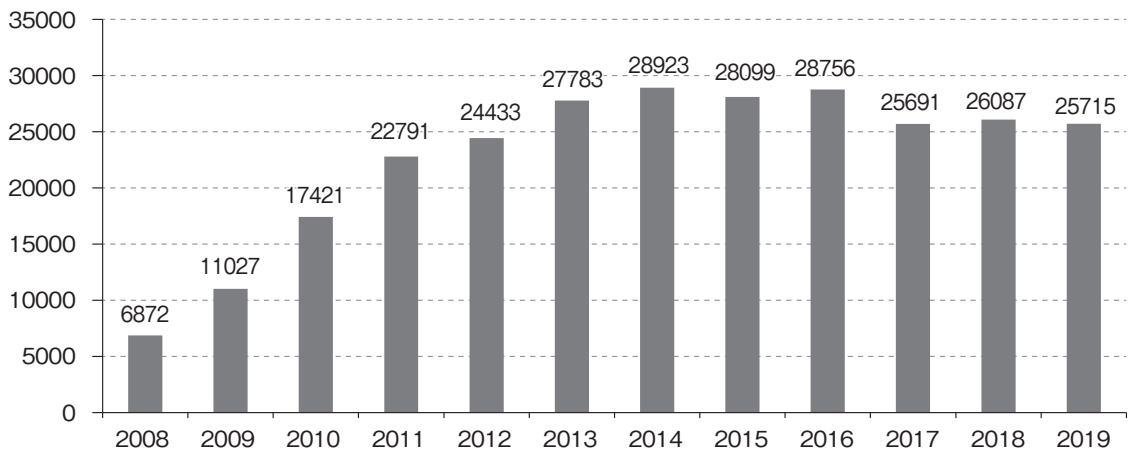




※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

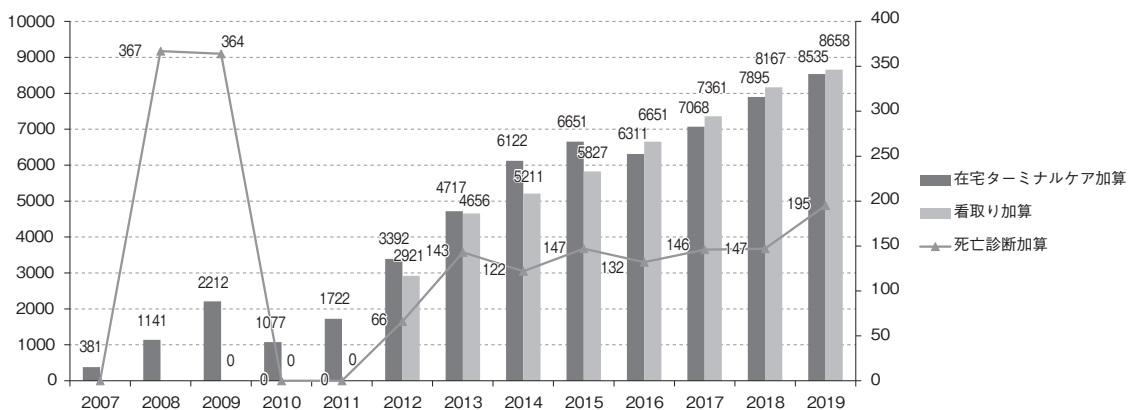
図 40 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア病棟入院料



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

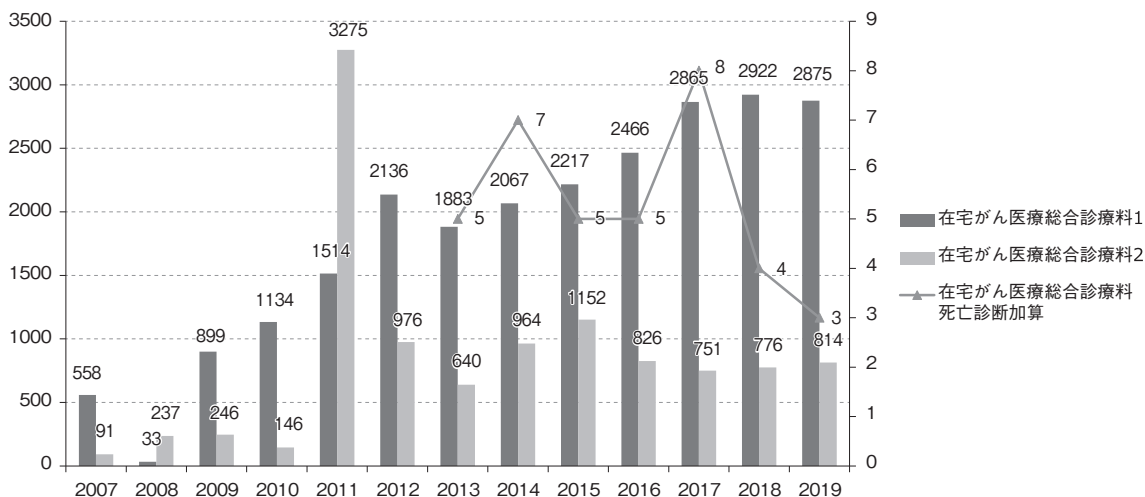
図 41 社会医療診療行為別調査に基づくがん性疼痛緩和指導管理料



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

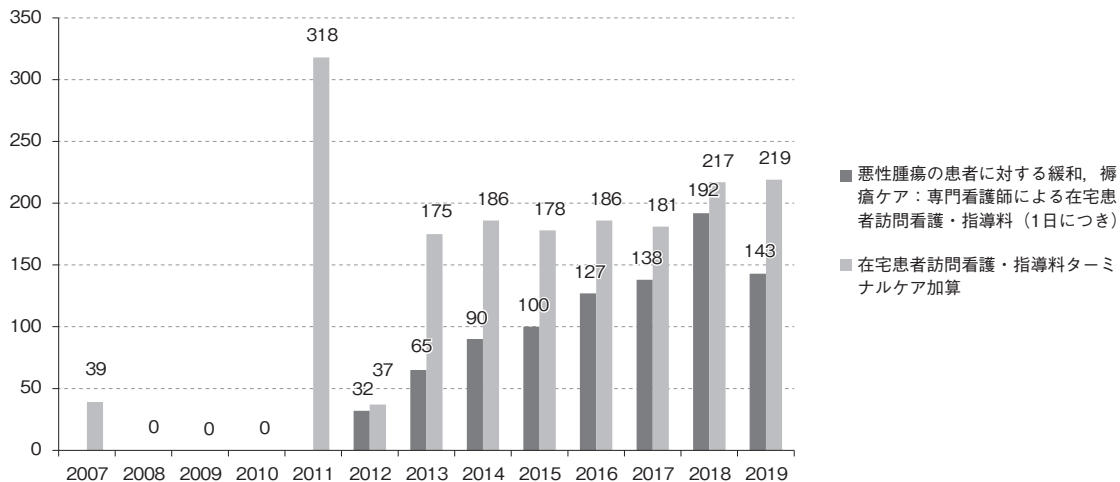
図 42 社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問指導料



※ 2007～2011年は名称が「在宅末期医療総合診療料」であったが、2012年以降は「在宅がん医療総合診療料」へ変更  
 ※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図 43 社会医療診療行為別調査に基づく在宅がん医療総合診療料等



※各年6月審査分

\* 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

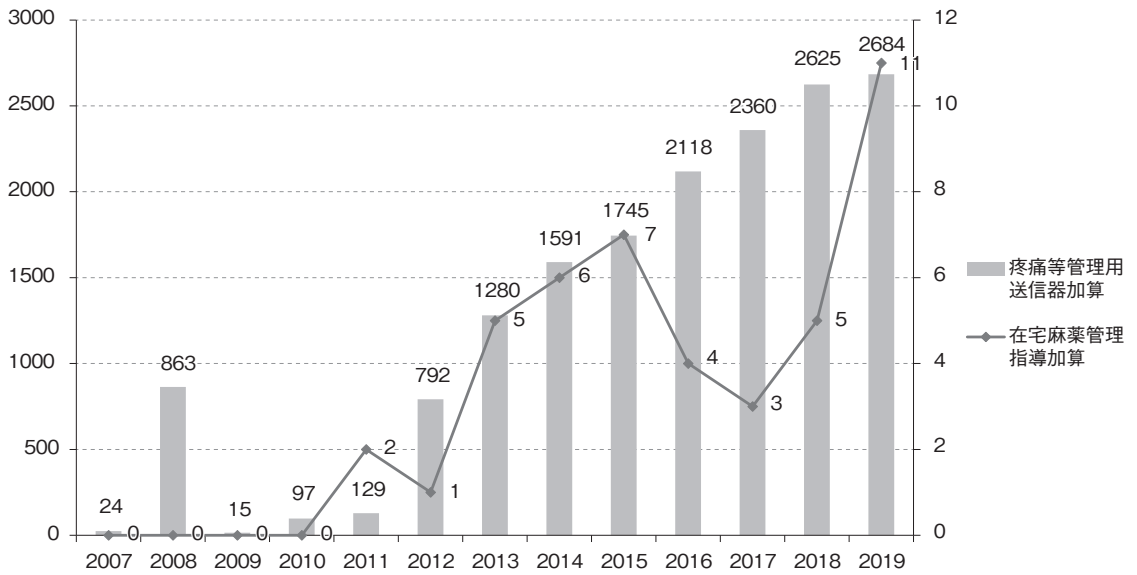
2010年 医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても加算が取れるように改定

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

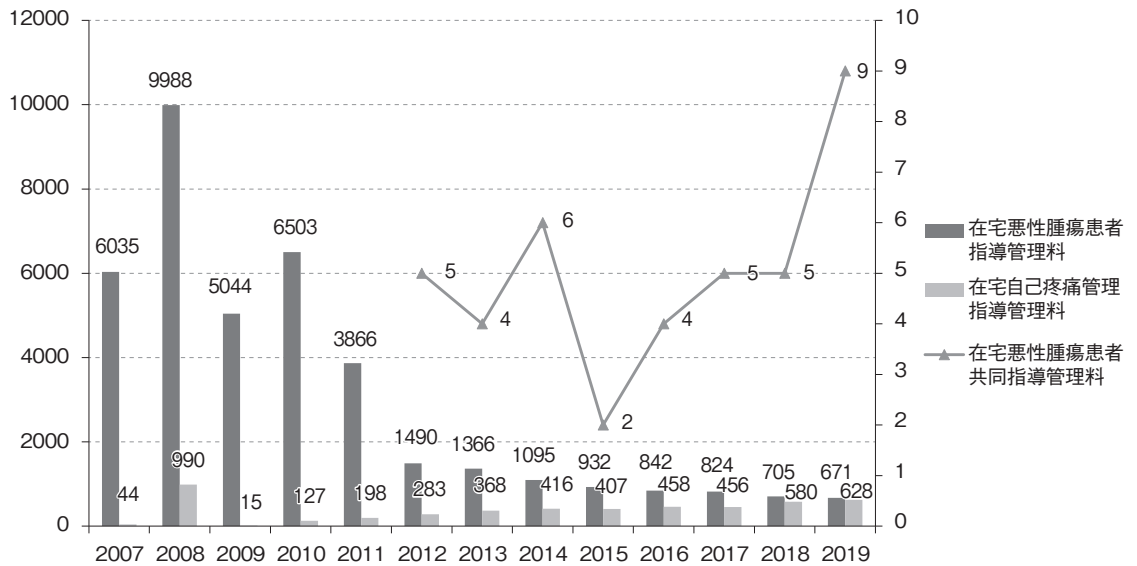
(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図 44 社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問看護・指導料



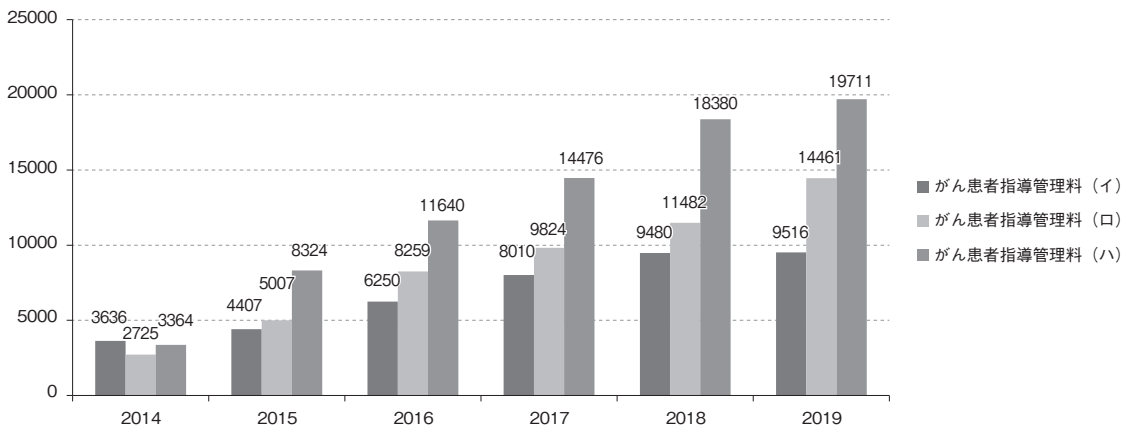
※各年6月審査分  
 (厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図45 社会医療診療行為別調査に基づく麻薬管理等に関する加算



※各年6月審査分  
 (厚生労働省, 会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図46 社会医療診療行為別調査に基づく在宅悪性腫瘍患者指導管理料等



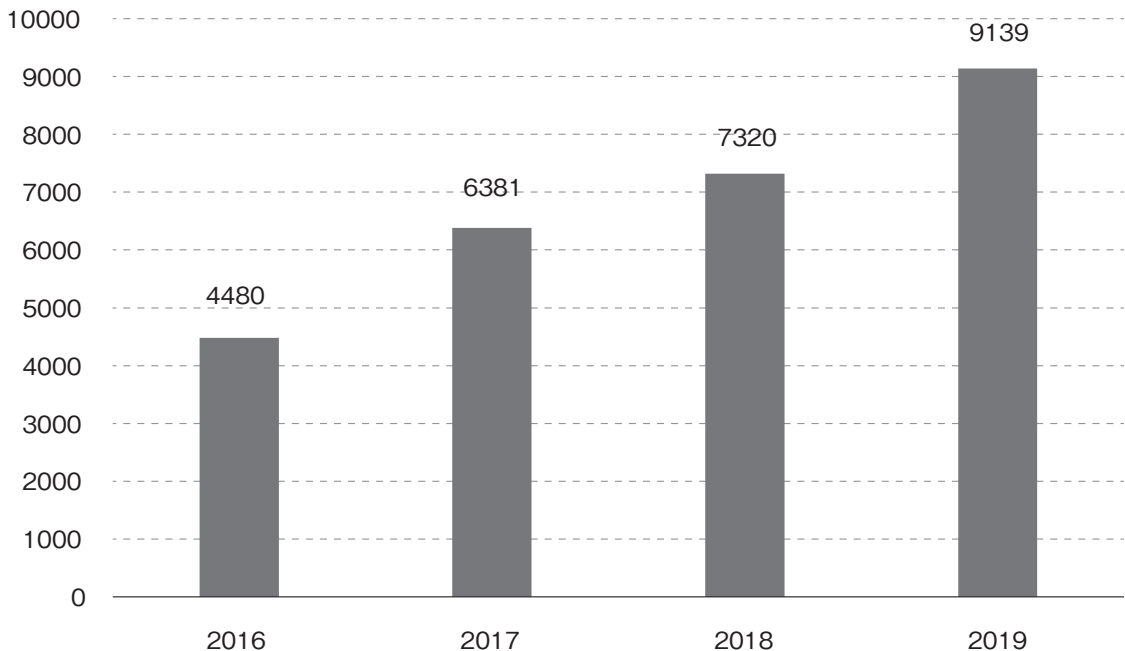
\*2014年 がん患者指導管理料が策定された（以前はがん患者カウンセリング料だったが、がん患者指導管理料2やがん患者指導管理料3の内容は含まれていなかった）

\*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, 2020年6月24日現在)

図 47 社会医療診療行為別調査に基づくがん患者指導管理料

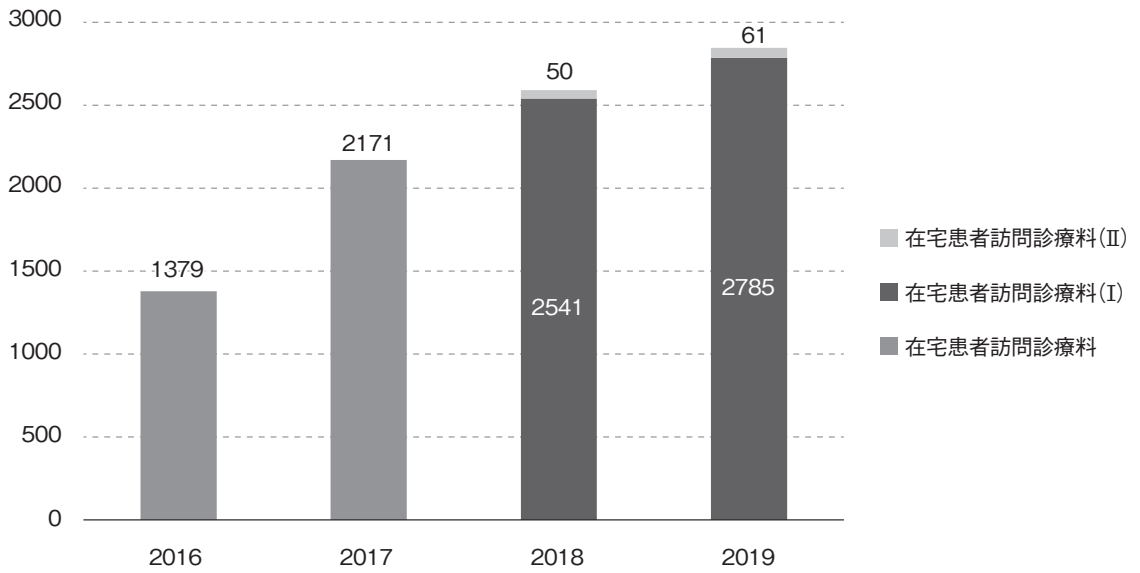


※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図 48 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

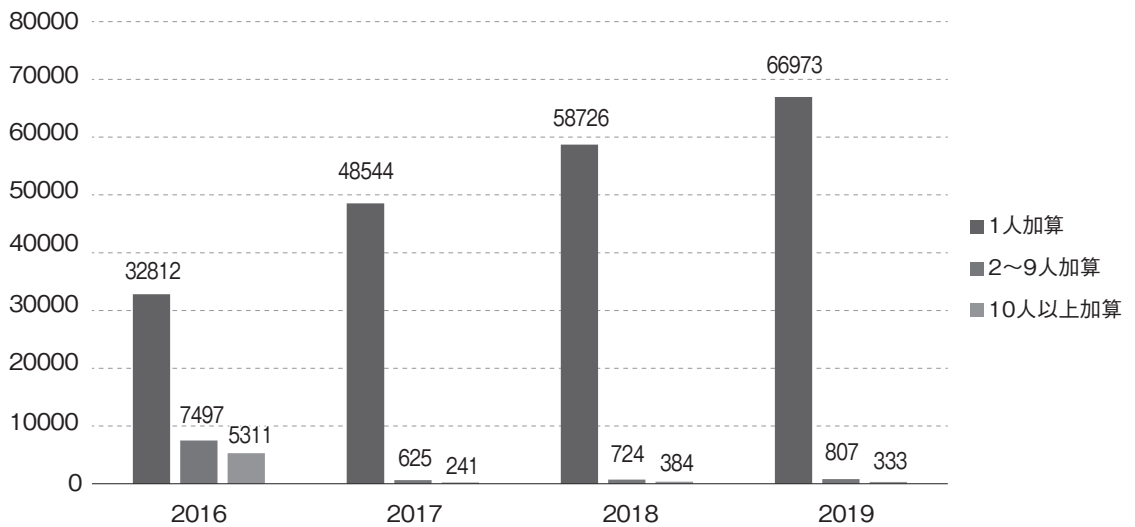
往診料 (緊急, 夜間・休日又は深夜の往診) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



※各年6月審査分

※2018年より在宅患者訪問診療料は在宅患者訪問診療料（I）と在宅患者訪問診療料（II）に分割  
 （厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2020年6月24日現在）

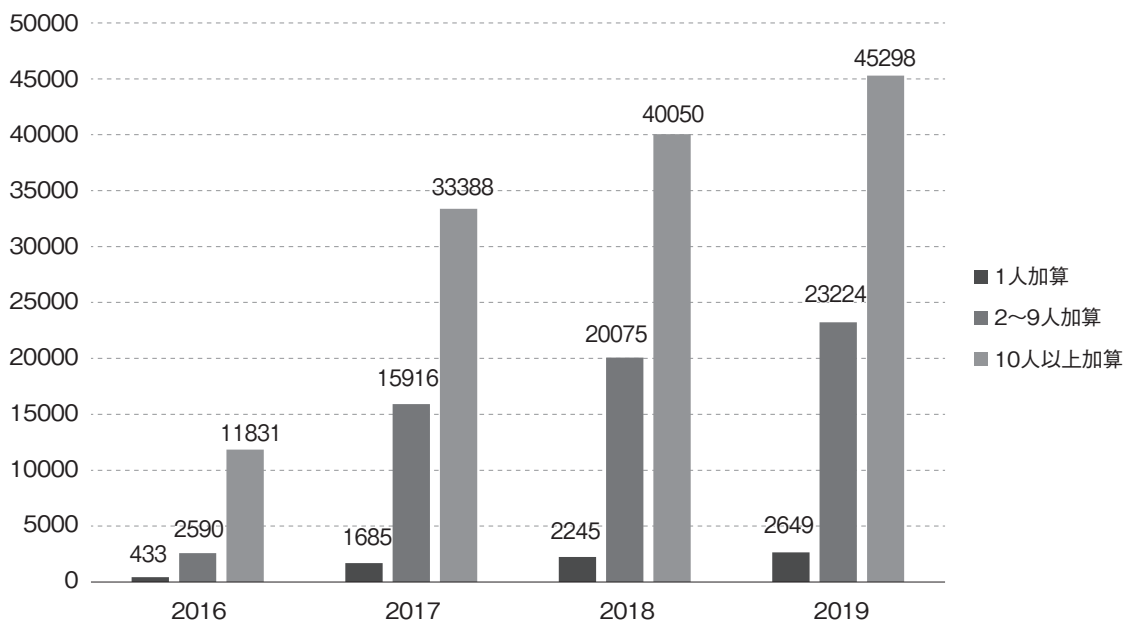
図49 在宅患者訪問診療料 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



※各年6月審査分

（厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2020年6月24日現在）

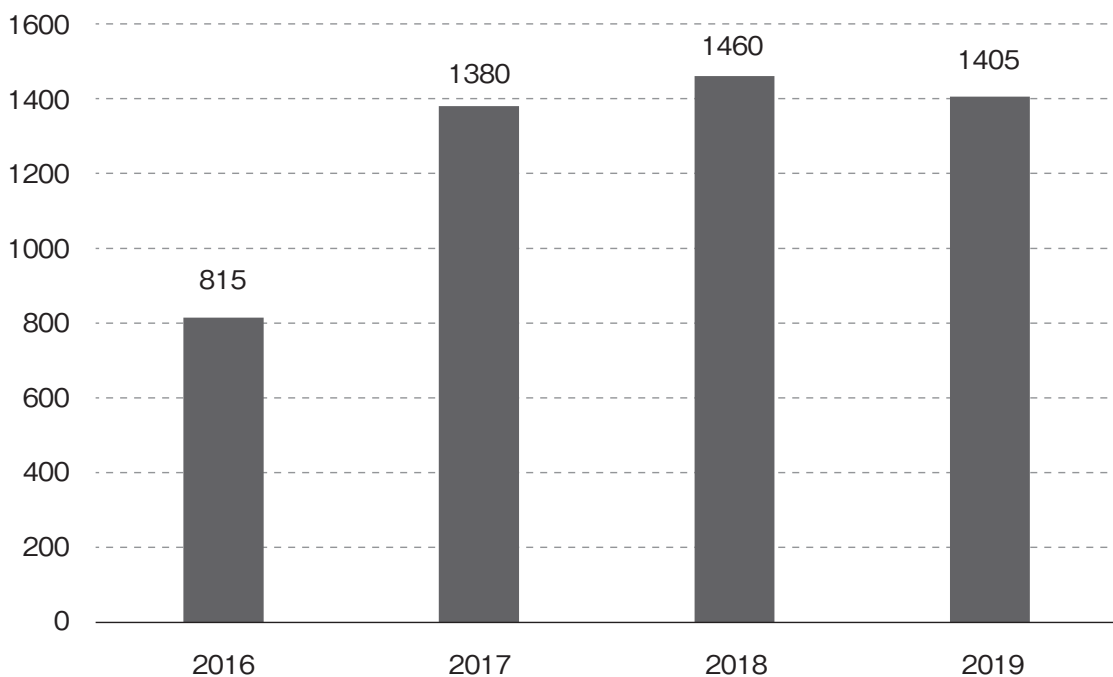
図50 在宅時医学総合管理料 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

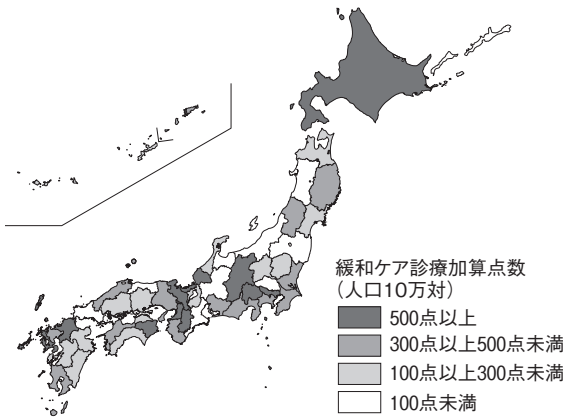
図 51 施設入居時等医学総合管理料 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



※各年6月審査分

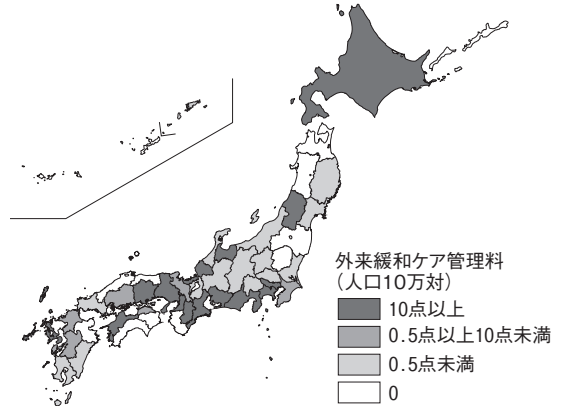
(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2020年6月24日現在)

図 52 在宅がん医療総合診療料在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018年度)

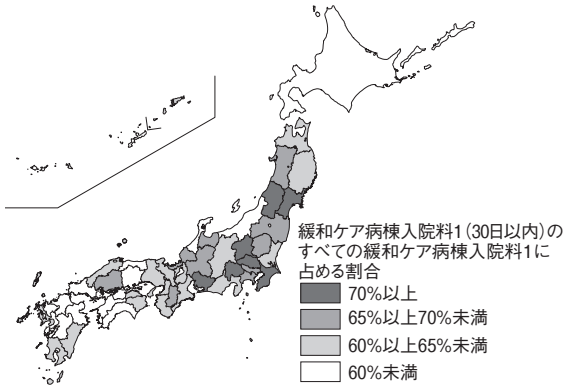
図 53 NDB オープンデータに基づく都道府県別人口 10 万対緩和ケア診療加算



※一番小さいカテゴリは0である

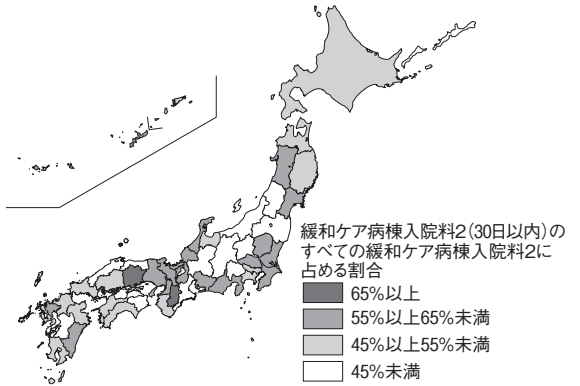
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018年度)

図 54 NDB オープンデータに基づく都道府県別人口 10 万対外来緩和ケア加算



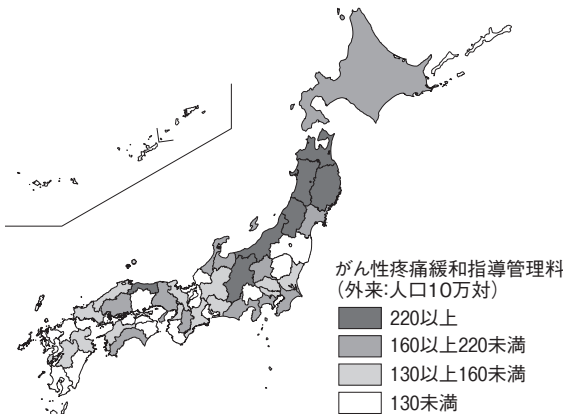
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018年度)

図 55 NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料 1 (30 日以内) の全ての緩和ケア病棟入院料 1 に占める割合



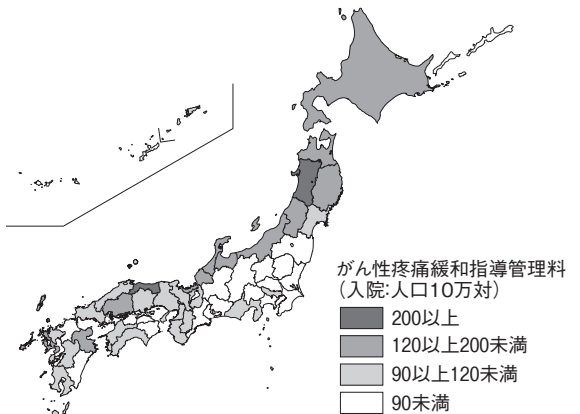
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018年度)

図 56 NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料 2 (30 日以内) の全ての緩和ケア病棟入院料 2 に占める割合



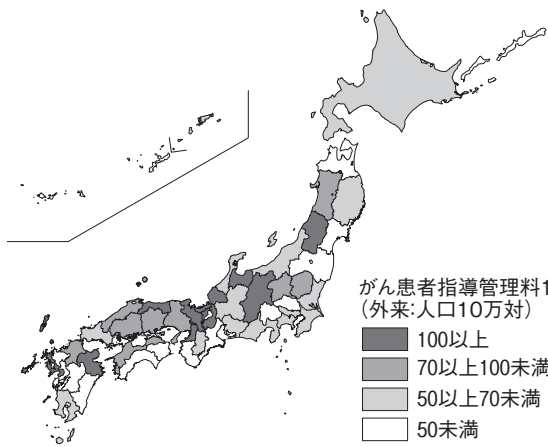
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018年度)

図 57 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料 (外来)

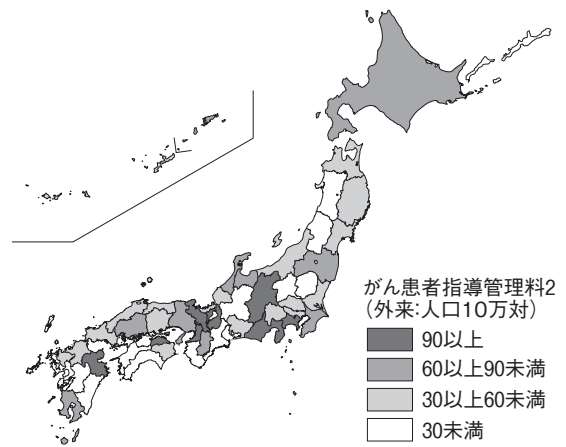


(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018年度)

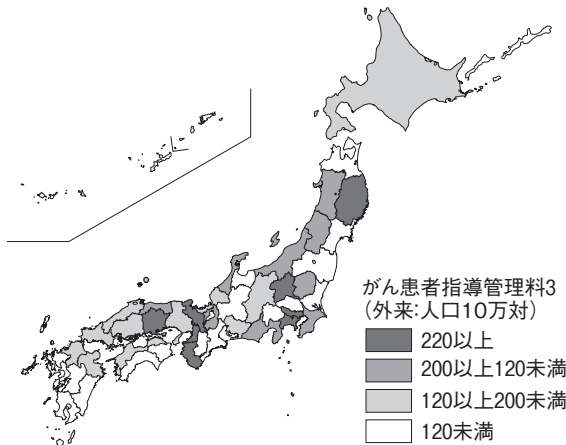
図 58 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料 (入院)



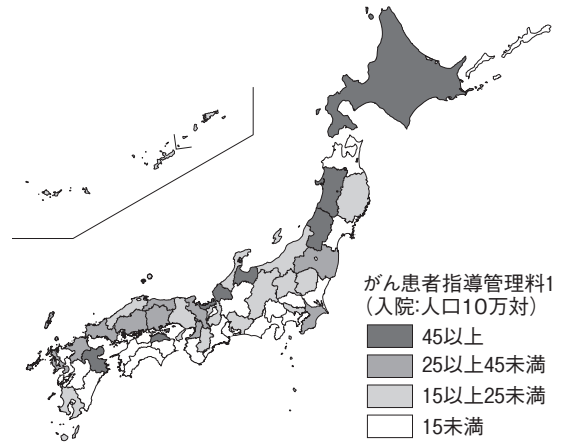
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018 年度)  
 図 59 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1 (外来)



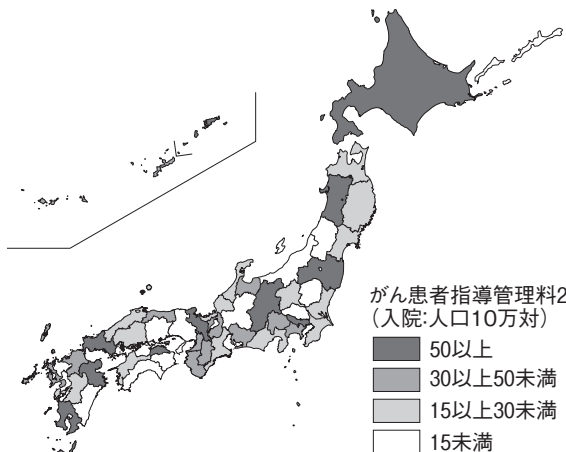
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018 年度)  
 図 60 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2 (外来)



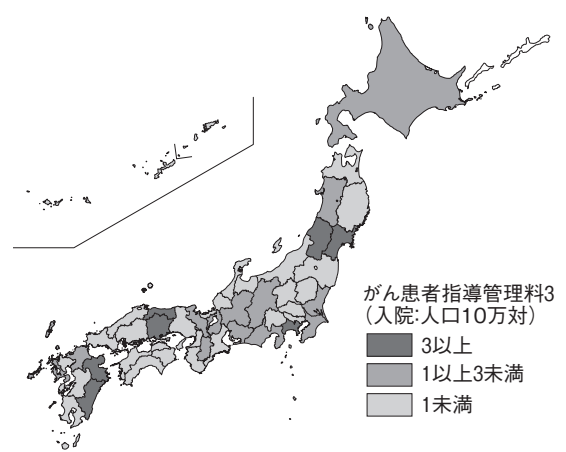
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018 年度)  
 図 61 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (外来)



(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018 年度)  
 図 62 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)

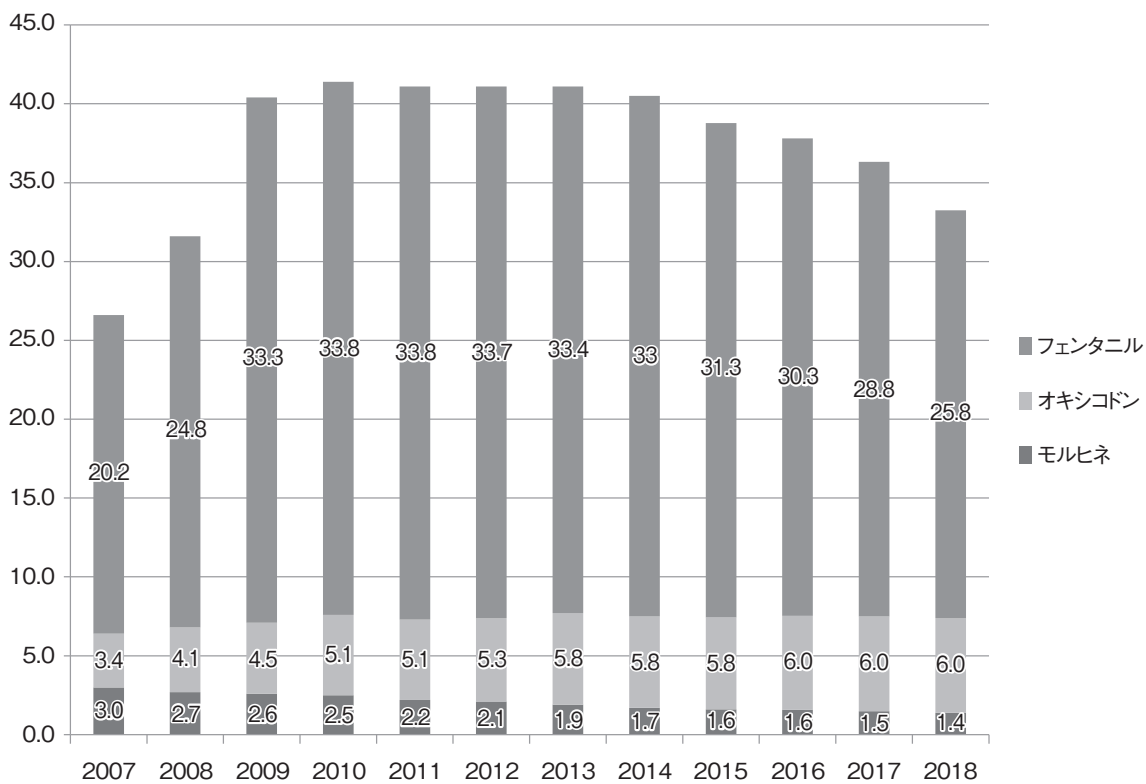


(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018 年度)  
 図 63 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2 (入院)



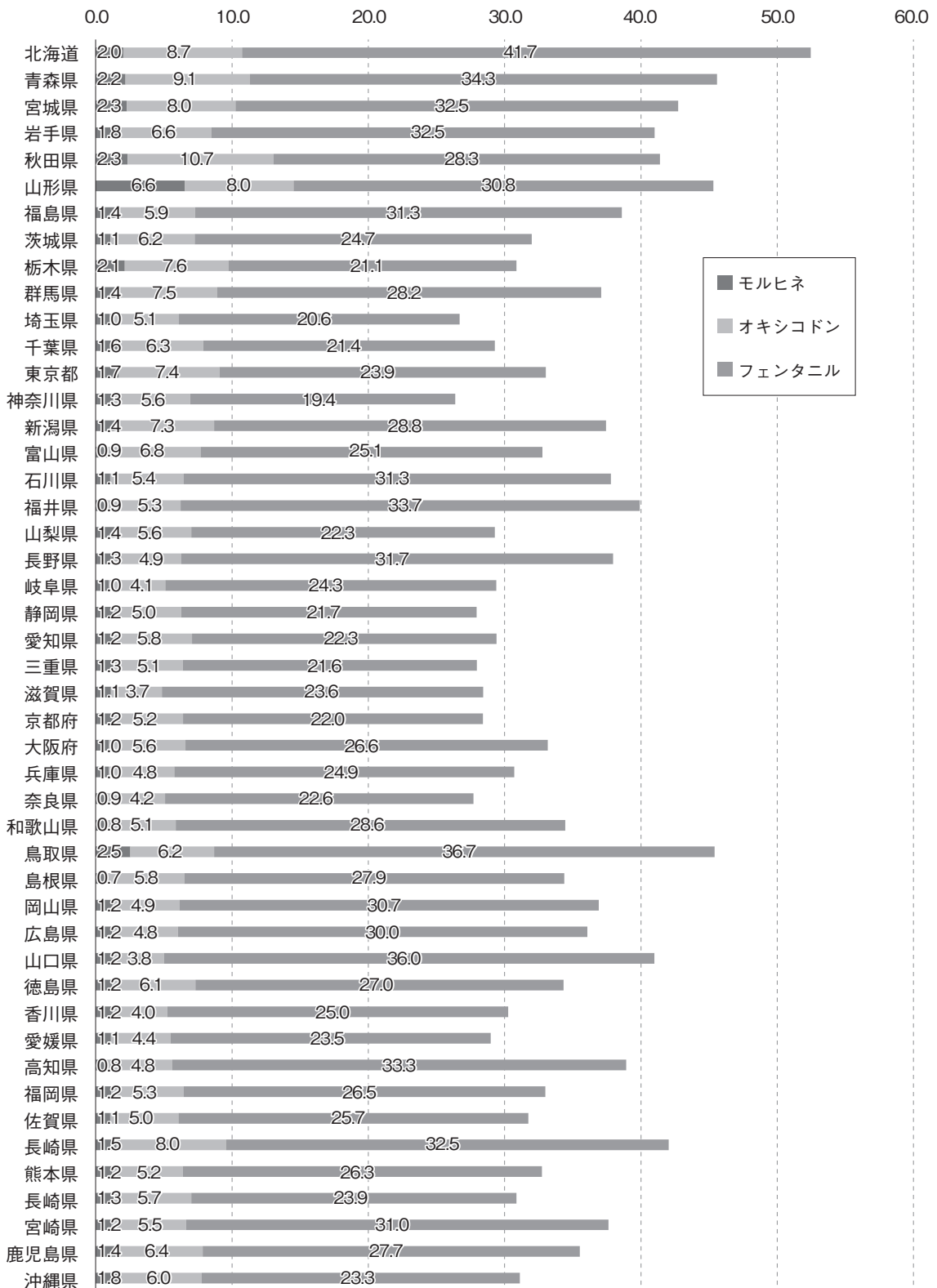
(厚生労働省, 第5回 NDB オープンデータより, 2018 年度)  
 図 64 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (入院)





(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2018年度)

図 65 人口千対医療用麻薬消費量の推移 (g) (モルヒネ換算)



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2018年度)

図 66 都道府県別人口千対医療用麻薬消費量(g) (モルヒネ換算)

付表 本稿で用いた都道府県別データ

都道府県	人口 (単位 千人)	がん 死亡者数	緩和ケア病 棟で死亡した がん患者の 割合	自宅死亡割合 (全死因)	自宅死亡割合 (がん患者)	在宅療養支援 診療所届出数 (人口10万対)	一般診療所在 宅看取り実施 施設数 (人口10万対)
年次	2019	2019	2019	2019	2019	2017	2017
総数	123731.176	376425	13.3%	13.6%	12.3%	10.6	3.8
北海道	5211	19425	15.2%	10.3%	7.4%	5.3	2.1
青森	1240	5125	6.3%	10.5%	7.0%	6.3	3.3
岩手	1219	4471	13.1%	11.6%	6.6%	5.0	2.8
宮城	2283	6822	12.9%	14.3%	13.7%	5.4	2.8
秋田	963	4158	12.4%	9.0%	4.1%	7.1	3.8
山形	1070	3952	5.5%	10.8%	10.5%	7.4	5.2
福島	1831	6233	9.4%	13.4%	9.4%	8.2	4.3
茨城	2810	8874	12.6%	12.2%	9.5%	6.3	2.7
栃木	1906	5732	11.0%	14.4%	12.1%	7.3	4.3
群馬	1886	5998	13.0%	11.8%	12.3%	11.8	5.1
埼玉	7174	19791	10.6%	13.9%	12.4%	6.0	2.2
千葉	6141	17440	11.4%	15.7%	13.4%	5.5	2.5
東京都	13405	34082	10.1%	18.9%	18.7%	10.0	3.5
神奈川	8997	23974	11.2%	18.0%	20.0%	8.5	3.8
新潟	2206	7957	5.9%	9.5%	4.9%	5.5	4.1
富山	1026	3492	3.6%	11.3%	11.1%	5.7	4.1
石川	1123	3525	7.7%	10.3%	9.0%	12.6	4.0
福井	756	2350	19.1%	12.1%	8.9%	6.3	4.8
山梨	798	2547	6.2%	12.8%	12.8%	7.2	3.9
長野	2016	6302	14.2%	12.2%	11.2%	12.2	5.2
岐阜	1940	6171	14.7%	13.8%	15.3%	12.0	6.1
静岡	3557	10880	2.9%	14.4%	14.5%	9.1	4.1
愛知	7316	19549	16.7%	13.5%	12.0%	9.9	3.2
三重	1736	5266	19.8%	13.3%	13.4%	9.6	4.7
滋賀	1385	3646	21.1%	13.3%	9.2%	9.9	4.5
京都	2527	7669	8.8%	14.3%	12.8%	12.5	4.9
大阪	8623	26438	11.7%	16.4%	14.0%	18.1	4.3
兵庫	5369	16494	17.7%	16.6%	15.5%	15.2	5.4
奈良	1319	4124	11.3%	15.8%	15.9%	11.1	5.4
和歌山	918	3305	2.0%	13.2%	13.0%	17.1	6.6
鳥取	551	2056	21.4%	11.8%	7.6%	13.3	5.8
島根	665	2481	10.0%	10.2%	8.3%	17.1	5.9
岡山	1866	5691	15.7%	11.3%	9.2%	15.8	3.4
広島	2761	8292	16.4%	12.4%	9.7%	19.2	5.3
山口	1340	4907	13.6%	10.7%	7.1%	10.3	4.4
徳島	723	2489	15.7%	9.9%	7.4%	19.1	4.7
香川	945	2968	10.6%	13.9%	11.5%	13.0	5.3
愛媛	1328	4549	11.8%	13.1%	12.4%	14.0	6.3
高知	693	2561	26.4%	10.9%	9.6%	5.0	1.7
福岡	5039	15705	30.8%	10.7%	9.7%	14.9	3.5
佐賀	808	2721	17.1%	9.2%	8.2%	15.3	4.1
長崎	1318	4770	14.2%	10.3%	10.6%	21.1	4.7
熊本	1731	5543	26.2%	9.5%	7.3%	11.7	2.7
大分	1123	3666	13.6%	7.8%	7.1%	16.0	4.5
宮崎	1065	3593	15.5%	8.8%	6.4%	10.0	3.9
鹿児島	1589	5250	16.8%	9.6%	8.8%	16.8	4.6
沖縄	1434	3271	18.7%	12.5%	10.3%	6.4	1.9

※集計結果が10未満の場合は「-」で表示（10未満の箇所が1箇所の場合は10以上の最小値を全て「-」で表示）

付表 本稿で用いた都道府県別データ（つづき①）

一般診療所 在宅看取り 実施件数（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	がん性疼痛 認定看護師 数	緩和ケア認 定看護師数
2017	2020	2019	2020	2020	2020	2020	2020
8.1	0.62	8.27	110.3	272	881	760	2438
4.8	0.46	7.96	105.0	9	49	22	140
6.7	0.24	9.27	104.7	0	4	2	25
6.8	0.33	7.55	135.8	0	9	5	46
7.7	0.57	5.96	76.5	5	12	12	34
6.9	0.10	6.33	176.6	2	10	4	33
9.2	0.19	6.17	147.1	1	5	4	19
9.6	0.33	6.34	97.2	2	6	8	28
7.3	0.60	5.66	86.0	10	9	7	44
8.3	0.63	5.40	121.7	4	15	9	28
9.8	0.32	9.33	96.3	4	24	6	39
5.8	0.72	5.16	56.3	7	18	22	107
6.7	0.83	5.41	79.6	11	33	35	87
9.1	1.08	7.47	137.4	50	138	80	251
10.9	1.16	7.00	83.9	11	70	87	219
7.2	0.05	5.17	71.4	0	17	13	54
7.0	0.49	6.73	186.8	8	11	8	56
7.3	0.89	8.99	131.9	2	9	12	25
7.3	0.13	10.05	170.5	5	8	9	11
8.1	0.50	6.02	124.6	1	5	5	63
7.9	0.10	8.13	125.5	1	6	13	54
13.0	0.57	9.02	111.4	7	13	17	27
9.4	0.76	5.59	87.5	2	26	18	63
7.3	0.75	8.98	108.9	14	39	87	62
9.0	0.17	7.37	101.7	5	18	14	20
6.9	0.14	7.87	127.8	1	9	9	22
8.7	0.36	10.68	134.1	13	26	19	44
8.3	0.75	12.51	118.6	19	57	80	134
10.7	0.56	10.97	114.5	27	48	24	79
8.5	0.61	9.86	136.8	2	11	9	28
9.8	0.44	12.42	185.2	1	4	6	12
9.6	0.54	10.53	160.8	2	4	2	13
10.1	0.15	11.88	232.5	2	5	3	30
5.9	0.70	7.93	142.8	7	17	11	26
9.1	0.51	9.45	131.1	1	22	15	69
5.8	0.07	9.55	108.7	3	7	9	25
6.4	0.14	10.24	147.3	2	11	4	12
9.5	0.11	8.78	152.2	2	9	6	21
11.7	0.53	10.47	121.8	4	7	5	29
2.3	0.43	8.23	129.7	0	14	2	6
6.0	0.46	10.54	130.4	12	28	18	127
9.3	0.62	8.79	127.8	0	4	2	18
6.8	0.30	8.57	135.7	2	7	7	45
4.5	0.17	11.67	133.4	1	6	9	43
8.7	0.18	10.60	124.9	1	11	5	27
7.4	0.28	10.23	108.6	5	8	3	12
7.7	0.38	10.07	114.4	3	3	8	46
4.5	0.21	7.81	118.8	1	9	5	35

付表 本稿で用いた都道府県別データ（つづき②）

都道府県	専門・認定 看護師数合 計	ELNEC-J 指導者数	ELNEC-J 指導者数 (人口10万 対)	ELNEC-J看 護師教育コ アカリキュ ラム累積受 講者数	ELNEC-J看 護師教育コ アカリキュ ラム累積受 講者数 (人口10万 対)	緩和薬物 療法認定 薬剤師数	緩和薬物 療法認定 薬剤師数 (人口10 万対)	緩和ケア 診療加算 (人口10 万対)
年次	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2018
総数	4079	2213	1237.31	40200	1237.3	785	0.63	479.4
北海道	211	122	52.11	3196	52.1	37	0.71	679.1
青森	31	21	12.40	649	12.4	6	0.48	523.3
岩手	60	31	12.19	823	12.2	7	0.57	385.9
宮城	58	35	22.83	1009	22.8	6	0.26	272.9
秋田	47	23	9.63	428	9.6	2	0.21	10.0
山形	28	24	10.70	315	10.7	6	0.56	231.9
福島	42	29	18.31	463	18.3	5	0.27	90.2
茨城	60	35	28.10	1026	28.1	9	0.32	316.5
栃木	52	30	19.06	864	19.1	8	0.42	176.9
群馬	69	27	18.86	926	18.9	9	0.48	256.5
埼玉	147	62	71.74	1095	71.7	32	0.45	93.9
千葉	155	67	61.41	1871	61.4	23	0.37	487.7
東京都	469	268	134.05	5029	134.1	90	0.67	929.1
神奈川	376	138	89.97	1192	90.0	56	0.62	533.8
新潟	84	40	22.06	878	22.1	9	0.41	39.0
富山	75	40	10.26	192	10.3	8	0.78	233.4
石川	46	22	11.23	328	11.2	14	1.25	434.9
福井	28	12	7.56	147	7.6	4	0.53	1253.4
山梨	73	14	7.98	500	8.0	1	0.13	619.2
長野	73	51	20.16	782	20.2	16	0.79	551.5
岐阜	57	30	19.40	605	19.4	15	0.77	260.4
静岡	107	37	35.57	388	35.6	18	0.51	485.0
愛知	188	93	73.16	1580	73.2	71	0.97	434.5
三重	52	32	17.36	471	17.4	8	0.46	73.5
滋賀	40	27	13.85	432	13.9	10	0.72	272.6
京都	89	78	25.27	1232	25.3	17	0.67	675.7
大阪	271	140	86.23	2198	86.2	78	0.90	818.1
兵庫	151	112	53.69	2031	53.7	44	0.82	452.7
奈良	48	27	13.19	289	13.2	5	0.38	712.6
和歌山	22	20	9.18	225	9.2	5	0.54	479.8
鳥取	19	16	5.51	348	5.5	4	0.73	32.8
島根	38	26	6.65	662	6.7	9	1.35	556.5
岡山	54	31	18.66	413	18.7	18	0.96	310.8
広島	106	53	27.61	870	27.6	31	1.12	273.7
山口	41	27	13.40	281	13.4	4	0.30	45.7
徳島	27	22	7.23	170	7.2	3	0.41	551.2
香川	36	22	9.45	193	9.5	6	0.63	138.5
愛媛	41	25	13.28	296	13.3	11	0.83	323.1
高知	22	20	6.93	95	6.9	3	0.43	190.8
福岡	173	86	50.39	1859	50.4	32	0.64	587.4
佐賀	24	13	8.08	124	8.1	5	0.62	451.2
長崎	59	31	13.18	456	13.2	9	0.68	1030.8
熊本	58	44	17.31	640	17.3	8	0.46	129.5
大分	43	23	11.23	318	11.2	5	0.45	270.9
宮崎	23	24	10.65	525	10.7	2	0.19	143.7
鹿児島	57	41	15.89	1535	15.9	12	0.76	405.2
沖縄	49	22	14.34	251	14.3	4	0.28	166.7

付表 本稿で用いた都道府県別データ（つづき③）

緩和ケア病棟入院料1 (30日以内) 割合	緩和ケア病棟入院料2 (30日以内) 割合*	がん性疼痛 緩和指導管 理料(人口 10万対): 外来	がん患者指 導管理料1 (人口10万 対):外来	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
2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
63.2	53.0	154.2	67.5	91.9	175.2	10.27	96.0
55.3	49.3	182.2	61.7	88.7	144.4	16.22	180.6
61.3	54.0	264.8	27.7	31.9	65.5	-	167.5
61.6	50.8	220.6	56.9	32.6	273.3	4.59	130.0
70.8	57.4	162.2	38.5	38.9	128.3	3.29	106.6
66.2	57.2	356.8	84.9	25.1	204.5	-	292.6
85.7	-	237.9	138.4	20.2	202.4	19.72	196.1
66.9	-	69.6	28.9	65.5	75.7	-	65.0
63.1	62.9	135.3	52.7	47.9	97.5	2.81	71.6
68.9	64.8	126.6	89.5	13.9	114.6	-	53.9
73.2	0.0	169.8	94.9	19.7	300.1	8.43	78.5
72.3	61.1	132.4	33.2	36.0	88.2	2.48	53.8
72.1	65.1	169.2	53.9	62.6	214.7	9.74	65.5
66.5	54.6	146.4	60.4	198.8	239.9	14.13	92.7
68.9	53.6	176.1	55.7	149.9	226.6	17.47	67.1
43.9	43.0	252.1	52.1	34.8	204.7	4.76	157.8
67.1	53.6	187.6	103.4	87.7	108.5	17.74	134.9
57.0	55.7	144.4	64.5	64.4	123.2	1.78	130.6
67.7	63.5	106.6	139.7	56.3	155.2	33.73	147.8
71.9	-	32.1	17.2	34.1	43.5	1.50	20.4
62.7	38.4	220.0	108.7	128.4	186.6	0.50	80.9
66.5	-	148.3	53.5	23.7	104.6	0.82	72.9
53.4	59.0	178.4	62.4	91.8	210.7	11.41	93.4
72.1	58.3	141.2	66.6	57.3	185.5	12.06	82.1
61.1	44.8	149.0	32.4	16.8	97.6	7.43	71.8
62.1	63.8	126.4	108.2	178.6	203.3	2.82	90.3
62.5	61.2	137.9	105.5	324.2	259.0	8.35	95.6
64.7	54.9	145.2	102.0	168.5	249.4	22.85	104.7
62.7	55.2	165.5	78.7	64.4	155.7	12.65	94.1
67.6	86.2	173.1	69.4	85.2	117.6	19.71	95.3
62.4	54.4	113.1	18.8	28.8	315.1	-	104.7
54.8	42.9	233.9	198.0	55.2	206.7	-	212.0
63.2	-	140.5	70.5	40.6	166.9	-	116.7
56.7	72.7	113.4	77.2	32.1	267.5	11.41	97.1
65.6	46.9	179.1	94.3	62.2	174.1	10.90	132.9
54.1	53.2	134.0	67.8	46.5	120.7	1.49	100.7
61.1	-	78.7	44.5	37.6	100.4	-	73.4
64.2	41.7	109.2	98.1	159.5	147.9	5.93	81.8
57.3	47.8	156.6	97.3	27.7	179.9	23.19	93.8
56.8	49.5	214.6	39.7	10.7	62.3	-	103.6
57.1	49.3	119.1	74.2	57.2	137.3	9.33	80.9
47.6	58.8	119.7	43.1	39.0	69.9	1.49	94.7
61.7	54.0	124.9	107.4	22.7	77.9	19.42	122.8
52.1	44.9	135.5	26.5	25.6	82.3	8.61	102.5
53.9	50.9	159.4	111.2	155.7	125.2	-	124.0
65.9	55.0	88.4	23.7	14.8	86.1	1.31	52.5
61.9	46.7	100.9	69.7	67.9	70.2	3.15	115.1
49.2	55.6	90.3	44.8	46.0	85.3	0.00	69.9

付表 本稿で用いた都道府県別データ (つづき④)

都道府県	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)
年次	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
総数	22.7	33.5	1.7	1.4	6.0	25.8	33.2
北海道	48.9	59.9	1.5	2.0	8.7	41.7	52.5
青森	14.3	17.8	-	2.2	9.1	34.3	45.6
岩手	22.8	28.3	0.8	2.3	8.0	32.5	42.7
宮城	11.5	21.2	5.3	1.8	6.6	32.5	41.0
秋田	55.8	53.5	1.7	2.3	10.7	28.3	41.4
山形	47.4	7.6	4.4	6.6	8.0	30.8	45.3
福島	29.3	53.8	0.8	1.4	5.9	31.3	38.6
茨城	12.0	15.6	1.8	1.1	6.2	24.7	32.0
栃木	24.3	7.0	-	2.1	7.6	21.1	30.9
群馬	24.5	27.5	-	1.4	7.5	28.2	37.1
埼玉	4.6	7.4	1.2	1.0	5.1	20.6	26.7
千葉	25.7	23.4	2.9	1.6	6.3	21.4	29.3
東京都	17.6	51.3	1.1	1.7	7.4	23.9	33.0
神奈川	11.5	32.2	3.5	1.3	5.6	19.4	26.4
新潟	18.8	11.0	0.6	1.4	7.3	28.8	37.4
富山	49.8	34.8	1.9	0.9	6.8	25.1	32.8
石川	15.0	19.7	-	1.1	5.4	31.3	37.8
福井	52.5	26.1	-	0.9	5.3	33.7	39.9
山梨	10.2	37.0	-	1.4	5.6	22.3	29.3
長野	24.4	55.5	1.1	1.3	4.9	31.7	38.0
岐阜	12.9	15.9	1.5	1.0	4.1	24.3	29.4
静岡	14.6	29.1	1.1	1.2	5.0	21.7	27.9
愛知	23.0	38.4	1.3	1.2	5.8	22.3	29.4
三重	13.6	21.9	-	1.3	5.1	21.6	28.0
滋賀	21.5	46.9	1.9	1.1	3.7	23.6	28.4
京都	30.4	89.9	1.5	1.2	5.2	22.0	28.4
大阪	29.6	41.6	1.2	1.0	5.6	26.6	33.2
兵庫	23.0	14.0	0.9	1.0	4.8	24.9	30.7
奈良	21.4	44.7	2.0	0.9	4.2	22.6	27.7
和歌山	3.6	31.3	-	0.8	5.1	28.6	34.4
鳥取	40.3	30.5	22.7	2.5	6.2	36.7	45.4
島根	15.0	15.6	-	0.7	5.8	27.9	34.4
岡山	28.3	10.9	4.0	1.2	4.9	30.7	36.9
広島	30.1	24.9	0.4	1.2	4.8	30.0	36.1
山口	42.5	58.6	0.7	1.2	3.8	36.0	41.0
徳島	21.6	14.4	-	1.2	6.1	27.0	34.3
香川	40.6	58.1	-	1.2	4.0	25.0	30.3
愛媛	15.9	26.4	0.8	1.1	4.4	23.5	29.0
高知	5.6	10.4	-	0.8	4.8	33.3	38.9
福岡	28.9	40.4	1.2	1.2	5.3	26.5	33.0
佐賀	13.6	2.5	-	1.1	5.0	25.7	31.7
長崎	43.1	44.5	1.3	1.5	8.0	32.5	42.0
熊本	13.5	18.1	0.0	1.2	5.2	26.3	32.7
大分	67.0	51.5	4.7	1.3	5.7	23.9	30.9
宮崎	11.2	14.2	11.3	1.2	5.5	31.0	37.6
鹿児島	16.4	32.1	-	1.4	6.4	27.7	35.5
沖縄	16.4	35.7	-	1.8	6.0	23.3	31.1

## 2. 2020年度ホスピス緩和ケア週間

安部奈津子

(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 (2020年度は10月4日～10日) を「ホスピス緩和ケア週間」とし、緩和ケアの啓発普及活動に取り組んでいる。

第15回目となった2020年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大により、イベントホールでのセミナー開催や施設見学会の実施など、例年のような対面を重視した催しは難しい状況となった。そこで、今回は動画による啓発普及活動を行うこととし、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、緩和ケア関連14団体にチラシ (図1) を配信し、ホスピス緩和ケアをテーマにした動画投稿を呼びかけたところ、緩和ケア病棟の紹介やご

遺族へのインタビュー、アニマルセラピーの様子などを撮影した、27の動画が寄せられた (表1)。

動画はYouTubeに開設したホスピス緩和ケア週間チャンネルに掲載し、2021年4月末までの公開を予定している (図2)。動画の多くは100～300回の視聴回数であるが、数千回視聴されている動画もあり、一定の啓発普及に繋がったのではないかと考えられる。

また、ホスピス緩和ケア週間に毎年企画を登録されている施設の中には、独自にオンラインでのパネル展示や病院のライトアップ、動画配信などの企画を開催した施設もあった。

2021年度の世界ホスピス緩和ケアデーは、10月9日に予定されており、10月3日～9日をホスピス緩和ケア週間として実施する予定である。



図1 2020年度ホスピス緩和ケア週間における動画募集チラシ (表面・裏面)



表 1 動画の内容

①施設紹介・緩和ケア病棟紹介	19
②オンラインシンポジウム・研究会（ホスピスのこころ，アドバンス・ケア・プランニング）	2
③患者・家族へのインタビュー（緩和ケアの感想，医師と患者両方の立場から）	2
④ボランティア活動紹介（アニマルセラピー，ワークキットで患者と家族のこころをつなぐ）	2
⑤市民公開講座のCATV 放映紹介	1
⑥音楽演奏と合唱	1

合計 27



図 2 ホスピス緩和ケア週間チャンネル

### 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〕（2021年2月1日現在）

##### 【都道府県がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
1	北海道		○		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	○	○	○	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		○	○	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		20	50	27	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	宮城県		○	○	大崎市民病院	2019年4月1日
2			○		石巻赤十字病院	2019年4月1日
3	山形県		○		日本海総合病院	2019年4月1日
4	茨城県		○	○	筑波大学附属病院	2019年4月1日
5	埼玉県		○		埼玉医科大学総合医療センター	2019年4月1日
6			○		埼玉医科大学国際医療センター	2019年4月1日
7	千葉県	○	○	○	船橋市立医療センター	2019年4月1日
8			○		総合病院国保旭中央病院	2019年4月1日
9	東京都	○	○	○	NTT 東日本関東病院	2019年4月1日
10			○		東京医療センター	2019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			○	○	慶應義塾大学病院	2019年4月1日
12			○	○	帝京大学医学部附属病院	2019年4月1日
13			○		武蔵野赤十字病院	2019年4月1日
14	神奈川県		○		横浜市立大学附属病院	2019年4月1日
15			○		聖マリアンナ医科大学病院	2019年4月1日
16			○		北里大学病院	2019年4月1日
17			○	○	東海大学医学部附属病院	2019年4月1日
18	富山県		○		富山大学附属病院	2019年4月1日
19	長野県		○	○	諏訪赤十字病院	2019年4月1日
20	岐阜県		○		大垣市民病院	2019年4月1日
21	静岡県		○	○	静岡県立総合病院	2019年4月1日
22			○	○	藤枝市立総合病院	2019年4月1日
23	愛知県	○	○	○	藤田医科大学病院	2019年4月1日
24	滋賀県		○		滋賀医科大学医学部附属病院	2019年4月1日
25	大阪府		○		大阪大学医学部附属病院	2019年4月1日
26			○		大阪医科大学附属病院	2019年4月1日
27			○		関西医科大学附属病院	2019年4月1日
28			○	○	八尾市立病院	2019年4月1日
29			○		近畿大学病院	2019年4月1日
30			○		大阪労災病院	2019年4月1日
31		○	○	○	市立岸和田市民病院	2019年4月1日
32		○	○		大阪市立総合医療センター	2019年4月1日
33	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2019年4月1日
34			○		兵庫医科大学病院	2019年4月1日
35			○		姫路赤十字病院	2019年4月1日
36	和歌山県	○	○		日本赤十字社和歌山医療センター	2019年4月1日
37	島根県	○	○	○	松江市立病院	2019年4月1日
38	広島県		○		広島市立広島市民病院	2019年4月1日
39		○	○	○	福山市立病院	2019年4月1日
40	徳島県		○		徳島県立中央病院	2019年4月1日
41	香川県	○	○	○	香川県立中央病院	2019年4月1日
42	福岡県		○		九州医療センター	2019年4月1日
43		○	○	○	久留米大学病院	2019年4月1日
44		○	○	○	北九州市立医療センター	2019年4月1日
45	佐賀県	○	○	○	佐賀県医療センター好生館	2019年4月1日
46	大分県		○		大分県立病院	2019年4月1日
47	鹿児島県		○		鹿児島市立病院	2019年4月1日
	計	13	47	20	47 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		○		○	日鋼記念病院	2009年4月1日
4					王子総合病院	2009年4月1日
5		○	○	○	旭川厚生病院	2009年4月1日
6		○	○	○	北見赤十字病院	2009年4月1日
7		○	○		帯広厚生病院	2009年4月1日
8					函館五稜郭病院	2009年4月1日
9		○	○	○	KKR 札幌医療センター	2009年4月1日
10		○		○	恵佑会札幌病院	2009年4月1日
11					札幌医科大学附属病院	2009年4月1日
12				○	手稲溪仁会病院	2009年4月1日
13					北海道大学病院	2009年4月1日
14					旭川医科大学病院	2009年4月1日
15					市立旭川病院	2009年4月1日
16				○	釧路労災病院	2009年4月1日
17	青森県		○		弘前大学医学部附属病院	2010年4月1日
18			○	○	八戸市立市民病院	2011年4月1日
19	岩手県				岩手県立胆沢病院	2009年4月1日
20			○		岩手県立大船渡病院	2009年4月1日
21					岩手県立久慈病院	2009年4月1日
22			○		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					岩手県立釜石病院	2014年8月6日
28	宮城県		○	○	仙台医療センター	2010年4月1日
29			○	○	東北労災病院	2010年4月1日
30	秋田県		○		大館市立総合病院	2009年4月1日
31			○		秋田赤十字病院	2010年4月1日
32	山形県		○		山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
33			○		公立置賜総合病院	2010年4月1日
34	福島県				総合南東北病院	2010年4月1日
35					太田西ノ内病院	2010年4月1日
36		○		○	竹田総合病院	2010年4月1日
37					白河厚生総合病院	2010年4月1日
38		○	○		いわき市医療センター	2019年4月1日
39	茨城県	○	○		日立総合病院	2010年4月1日
40		○		○	総合病院土浦協同病院	2010年4月1日
41		○	○	○	筑波メディカルセンター病院	2010年4月1日
42			○		東京医科大学茨城医療センター	2010年4月1日
43		○	○	○	友愛記念病院	2010年4月1日
44		○	○	○	水戸医療センター	2011年4月1日
45					ひたちなか総合病院	2015年4月1日
46	栃木県	○	○	○	自治医科大学附属病院	2010年4月1日
47		○	○	○	栃木県済生会宇都宮病院	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
48			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日
49			○		上都賀総合病院	2010年4月1日
50		○		○	那須赤十字病院	2014年8月6日
51		○	○	○	足利赤十字病院	2019年4月1日
52	群馬県		○	○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
53			○		高崎総合医療センター	2010年4月1日
54		○	○	○	渋川医療センター	2010年4月1日
55					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
56		○	○	○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
57		○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
58					桐生厚生総合病院	2010年4月1日
59		○		○	群馬県立がんセンター	2010年4月1日
60	埼玉県		○		済生会支部埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
61			○		春日部市立医療センター	2010年4月1日
62			○		獨協医科大学埼玉医療センター	2010年4月1日
63			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
64		○	○		さいたま市立病院	2010年4月1日
65			○		川口市立医療センター	2010年4月1日
66		○	○	○	埼玉病院	2010年4月1日
67		○	○		深谷赤十字病院	2010年4月1日
68			○		自治医科大学附属さいたま医療センター	2014年8月6日
69		○	○	○	戸田中央総合病院	2015年4月1日
70	千葉県		○		千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
71		○	○		千葉医療センター	2010年4月1日
72			○		東京歯科大学市川総合病院	2010年4月1日
73			○		順天堂大学医学部附属浦安病院	2010年4月1日
74			○		東京慈恵会医科大学附属柏病院	2010年4月1日
75					松戸市立総合医療センター	2010年4月1日
76			○		日本医科大学千葉北総病院	2010年4月1日
77		○	○	○	君津中央病院	2010年4月1日
78			○		千葉労災病院	2010年4月1日
79			○	○	亀田総合病院	2015年4月1日
80	東京都		○		東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
81			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
82		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
83		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
84			○		日本大学医学部附属板橋病院	2010年4月1日
85			○		青梅市立総合病院	2010年4月1日
86			○		東海大学医学部付属八王子病院	2010年4月1日
87			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
88			○	○	順天堂大学医学部附属順天堂医院	2010年4月1日
89			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
90			○		東京医科大学病院	2011年4月1日
91			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
92			○		公立昭和病院	2011年4月1日
93			○		東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
94			○		虎の門病院	2012年4月1日
95			○	○	東邦大学医療センター大森病院	2012年4月1日
96		○	○	○	東京医科歯科大学医学部附属病院	2014年8月6日
97			○		災害医療センター	2014年8月6日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
98			○		東京都立墨東病院	2017年4月1日
99			○		国立国際医療研究センター病院	2017年4月1日
100	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
101		○	○	○	横浜市立市民病院	2010年4月1日
102		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
103			○		横須賀共済病院	2010年4月1日
104			○		藤沢市民病院	2010年4月1日
105					湘南鎌倉総合病院	2019年4月1日
106		○	○		相模原協同病院	2010年4月1日
107			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
108		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
109		○	○	○	横浜市立みなと赤十字病院	2012年4月1日
110			○		大和市立病院	2012年4月1日
111			○		横浜市東部病院	2014年8月6日
112			○		横浜市立大学附属市民総合医療センター	2014年8月6日
113		○		関東労災病院	2016年4月1日	
114	新潟県		○		新潟県立新発田病院	2010年4月1日
115					新潟市民病院	2010年4月1日
116			○		新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
117					長岡中央総合病院	2010年4月1日
118		○	○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
119	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
120		○	○		厚生連高岡病院	2010年4月1日
121			○		市立砺波総合病院	2010年4月1日
122	石川県		○		金沢医療センター	2010年4月1日
123			○		石川県立中央病院	2010年4月1日
124			○		金沢医科大学病院	2010年4月1日
125		○	○	○	小松市民病院	2010年4月1日
126	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
127		○	○	○	福井赤十字病院	2010年4月1日
128		○	○	○	福井県済生会病院	2010年4月1日
129					敦賀医療センター	2010年4月1日
130	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
131	長野県				伊那中央病院	2009年4月1日
132			○		佐久医療センター	2010年4月1日
133			○	○	相澤病院	2010年4月1日
134			○		長野赤十字病院	2010年4月1日
135			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
136	岐阜県		○		岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
137			○		岐阜市民病院	2010年4月1日
138			○		木沢記念病院	2010年4月1日
139		○	○	○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
140					高山赤十字病院	2010年4月1日
141		○	○	○	中濃厚生病院	2019年4月1日
142	静岡県		○		順天堂大学医学部附属静岡病院	2010年4月1日
143			○		静岡市立静岡病院	2010年4月1日
144		○	○	○	聖隷三方原病院	2010年4月1日
145			○		聖隷浜松病院	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
146			○		浜松医療センター	2010年4月1日
147			○		浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
148			○	○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
149	愛知県		○		名古屋医療センター	2010年4月1日
150			○		名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
151			○		中京病院	2010年4月1日
152			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
153		○	○	○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
154			○		名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
155		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
156			○		公立陶生病院	2010年4月1日
157		○	○	○	一宮市立市民病院	2010年4月1日
158		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
159		○	○	○	豊田厚生病院	2010年4月1日
160		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
161			○		豊橋市民病院	2010年4月1日
162			○		名古屋市立西部医療センター	2019年4月1日
163			○	○	愛知医科大学病院	2019年4月1日
164			○	○	岡崎市民病院	2019年4月1日
165	三重県	○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
166					松阪中央総合病院	2010年4月1日
167		○	○	○	鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
168					市立四日市病院	2019年4月1日
169	滋賀県	○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
170			○		大津赤十字病院	2010年4月1日
171					市立長浜病院	2010年4月1日
172	京都府				市立福知山市民病院	2010年4月1日
173		○	○	○	京都桂病院	2010年4月1日
174		○	○	○	京都市立病院	2010年4月1日
175			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
176			○		京都第二赤十字病院	2010年4月1日
177		○	○		京都医療センター	2010年4月1日
178			○		京都岡本記念病院	2019年4月1日
179	大阪府		○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
180			○		市立豊中病院	2010年4月1日
181		○	○	○	市立東大阪医療センター	2010年4月1日
182			○		大阪南医療センター	2010年4月1日
183		○	○	○	大阪赤十字病院	2010年4月1日
184			○		大阪医療センター	2010年4月1日
185			○	○	大阪急性期・総合医療センター	2014年8月6日
186			○		堺市立総合医療センター	2014年8月6日
187	兵庫県		○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
188			○		関西労災病院	2010年4月1日
189			○		近畿中央病院	2010年4月1日
190					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
191		○			姫路医療センター	2010年4月1日
192					赤穂市民病院	2010年4月1日
193		○		○	公立豊岡病院組合立豊岡病院	2010年4月1日
194			○		兵庫県立淡路医療センター	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
195			○		神戸市立西神戸医療センター	2015年4月1日
196			○		市立伊丹病院	2019年4月1日
197			○		加古川中央市民病院	2019年4月1日
198		○		○	兵庫県立丹波医療センター	2019年7月1日
199	奈良県				市立奈良病院	2009年4月1日
200			○		奈良県総合医療センター	2010年4月1日
201		○			天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
202			○		近畿大学奈良病院	2010年4月1日
203	和歌山県				紀南病院	2010年4月1日
204		○	○	○	南和歌山医療センター	2010年4月1日
205	鳥取県	○			鳥取県立中央病院	2010年4月1日
206					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
207	島根県		○		松江赤十字病院	2010年4月1日
208			○		島根県立中央病院	2010年4月1日
209	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
210		○	○	○	岡山赤十字病院	2010年4月1日
211			○		岡山医療センター	2010年4月1日
212		○	○	○	倉敷中央病院	2010年4月1日
213		○	○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
214			○		津山慈風会津山中央病院	2010年4月1日
215	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
216		○			広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
217					広島総合病院	2010年4月1日
218		○	○	○	呉医療センター	2010年4月1日
219			○		東広島医療センター	2010年4月1日
220			○		市立三次中央病院	2010年4月1日
221					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
222			○	○	福山医療センター	2019年4月1日
223	山口県	○		○	岩国医療センター	2010年4月1日
224					周東総合病院	2010年4月1日
225		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
226			○		山口県立総合医療センター	2010年4月1日
227					山口県済生会下関総合病院	2015年4月1日
228	徳島県		○		徳島赤十字病院	2010年4月1日
229		○	○	○	徳島市民病院	2010年4月1日
230	香川県		○		高松赤十字病院	2010年4月1日
231			○		香川労災病院	2010年4月1日
232				○	三豊総合病院	2019年4月1日
233	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
234		○		○	済生会今治病院	2010年4月1日
235			○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
236			○		愛媛県立中央病院	2010年4月1日
237			○		松山赤十字病院	2010年4月1日
238				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
239	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
240	福岡県		○		福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
241			○		福岡大学病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
242			○		福岡東医療センター	2010年4月1日
243		○	○	○	聖マリア病院	2010年4月1日
244					公立八女総合病院	2010年4月1日
245		○	○	○	飯塚病院	2010年4月1日
246		○	○	○	九州病院	2010年4月1日
247			○		産業医科大学病院	2010年4月1日
248			○		戸畑共立病院	2010年4月1日
249					浜の町病院	2019年4月1日
250		○	○		九州中央病院	2019年4月1日
251			○		九州労災病院	2019年4月1日
252	佐賀県				唐津赤十字病院	2010年4月1日
253	長崎県		○		長崎みなとメディカルセンター	2010年4月1日
254		○			日本赤十字社長崎原爆病院	2010年4月1日
255			○		佐世保市総合医療センター	2010年4月1日
256			○		長崎医療センター	2010年4月1日
257					長崎県島原病院	2010年4月1日
258	熊本県				熊本赤十字病院	2010年4月1日
259			○	○	熊本医療センター	2010年4月1日
260					済生会熊本病院	2010年4月1日
261					荒尾市民病院	2010年4月1日
262					熊本労災病院	2010年4月1日
263		○		○	人吉医療センター	2010年4月1日
264	大分県		○		別府医療センター	2010年4月1日
265					大分赤十字病院	2010年4月1日
266		○		○	大分県済生会日田病院	2010年4月1日
267		○			中津市立中津市民病院	2011年4月1日
268	宮崎県		○		宮崎県立宮崎病院	2010年4月1日
269					都城医療センター	2010年4月1日
270	鹿児島県				鹿児島医療センター	2010年4月1日
271					済生会川内病院	2010年4月1日
272					鹿児島県立薩南病院	2019年4月1日
273			○		いまぎいれ総合病院	2021年1月1日
274	沖縄県		○		沖縄県立中部病院	2010年4月1日
275			○		那覇市立病院	2010年4月1日
計		84	199	93	275 病院	

### 【地域がん診療連携拠点病院（特例型）】

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	○	○	○	札幌厚生病院	2019年4月1日
2			○		砂川市立病院	2019年4月1日
3			○		市立釧路総合病院	2019年4月1日
4	秋田県				秋田厚生医療センター	2019年4月1日
5	山形県				山形市立病院済生館	2019年4月1日
6					山形県立新庄病院	2019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
7	福島県	○		○	慈山会医学研究所附属坪井病院 会津中央病院 福島労災病院	2019年4月1日
8						2019年4月1日
9		○				2019年4月1日
10	東京都		○		東京医科大学八王子医療センター	2019年4月1日
11	新潟県				新潟県立中央病院	2019年4月1日
12	富山県	○	○		高岡市民病院	2019年4月1日
13	山梨県			○	市立甲府病院 富士吉田市立病院	2019年4月1日
14						2019年4月1日
15	長野県				飯田市立病院	2019年4月1日
16	愛知県				半田市立半田病院	2019年4月1日
17	京都府	○			宇治徳洲会病院	2019年4月1日
18	和歌山県				公立那賀病院 橋本市民病院	2019年4月1日
19						2019年4月1日
20	鳥取県	○		○	米子医療センター	2019年4月1日
21	島根県	○		○	浜田医療センター	2019年4月1日
22	広島県				尾道総合病院	2019年4月1日
23	高知県				高知県立幡多けんみん病院	2019年4月1日
24	福岡県				大牟田市立病院 社会保険田川病院	2019年4月1日
25						2019年4月1日
26	佐賀県	○			嬉野医療センター	2019年4月1日
計		8	5	5	26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.	都道府県名	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	グループ指定先医療機関名
1 2	北海道		○		小樽市立病院 北海道中央労災病院	北海道がんセンター 北海道がんセンター
3 4	青森県		○		むつ総合病院 十和田市立中央病院	青森県立中央病院 青森県立中央病院
6	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
6 7 8 9 10 11	秋田県	○		○	能代厚生医療センター 由利組合総合病院 雄勝中央病院 北秋田市民病院 大曲厚生医療センター 平鹿総合病院	秋田厚生医療センター 秋田赤十字病院 秋田厚生医療センター 秋田厚生医療センター 秋田厚生医療センター 秋田厚生医療センター
12	茨城県				小山記念病院	茨城県立中央病院 水戸医療センター
13	栃木県				芳賀赤十字病院	自治医科大学附属病院
14	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
15	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
16	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
17	山梨県				山梨厚生病院	山梨県立中央病院
18 19 20 21	長野県		○	○	北信総合病院 信州上田医療センター 長野県立木曽病院 北アルプス医療センターあづみ病院	長野赤十字病院 信州大学医学部附属病院 信州大学医学部附属病院 信州大学医学部附属病院
22 23	静岡県				国際医療福祉大学熱海病院 富士市立中央病院	静岡県立静岡がんセンター 静岡県立静岡がんセンター
24 25	滋賀県	○		○	高島市民病院 公立甲賀病院	大津赤十字病院 滋賀医科大学医学部附属病院
26 27 28	京都府		○		京都府立医科大学附属北部医療センター 京都中部総合医療センター 京都山城総合医療センター	京都府立医科大学附属病院 京都府立医科大学附属病院 京都府立医科大学附属病院
29	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
30 31	岡山県				高梁中央病院 金田病院	川崎医科大学附属病院 岡山大学病院 岡山医療センター 津山中央病院
32 33	山口県				長門総合病院 都志見病院	山口大学医学部附属病院 山口大学医学部附属病院
34	徳島県	○		○	徳島県立三好病院	徳島県立中央病院
35	高知県				高知県立あき総合病院	高知大学医学部附属病院
36 37	福岡県	○	○	○	福岡大学筑紫病院 朝倉医師会病院	福岡大学病院 久留米大学病院

No.	都道府県名	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	グループ指定先医療機関名
38	鹿児島県	○		○	出水郡医師会広域医療センター 南九州病院 県民健康プラザ鹿屋医療センター 種子島医療センター 鹿児島県立大島病院	済生会河内病院 鹿児島医療センター 鹿児島大学病院 鹿児島大学病院 鹿児島大学病院
39		○		○		
40						
41						
42						
43	沖縄県		○		沖縄県立八重山病院 北部地区医師会病院 沖縄県立宮古病院	琉球大学病院 沖縄県立中部病院 沖縄県立中部病院
44						
45						
		8	9	9	45 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2年4月1日現在）〕

## B. 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

[拠点病院：がん診療連携拠点病院等]

都道府県	数	拠点病院	施設名	算定開始日	
北海道	30	○	市立札幌病院	2010年4月1日	
			北海道がんセンター	2012年4月1日	
			手稲溪仁会病院	2014年5月1日	
			砂川市立病院	2015年4月1日	
			北海道大学病院	2016年11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	
			帯広厚生病院	2018年11月1日	
			市立釧路総合病院	2018年12月1日	
			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	
			岩見沢市立総合病院	2019年6月1日	
			総合病院 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
			○	名寄市立総合病院	2019年10月1日
			○	旭川厚生病院	2019年11月1日
			○	札幌北榆病院	2019年12月1日
			○	札幌医科大学附属病院	201年8月1日
			○	札幌厚生病院	2020年4月1日
			○	斗南病院	2020年4月1日
			○	北海道済生会小樽病院	2020年4月1日
			○	旭川医科大学病院	2020年4月1日
			○	市立旭川病院	2020年5月1日
			○	KKR 札幌医療センター	2020年6月1日
○	函館中央病院	2020年9月1日			
○	慶友会吉田病院	2020年11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	4	○	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
			○	岩手県立中央病院	2020年4月1日
			○	盛岡友愛病院	2020年10月1日
宮城県	7	○	宮城県立がんセンター	2012年2月1日	
			○	石巻赤十字病院	2012年7月1日
			○	大崎市民病院	2016年1月1日
			○	東北労災病院	2018年9月1日
			○	東北医科薬科大学病院	2019年5月1日
			○	東北大学病院	2017年5月1日
			○	仙台医療センター	2019年5月1日
秋田県	4	○	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
			○	秋田大学医学部附属病院	2020年8月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	秋田赤十字病院	2020年11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	3	○	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
		○	星総合病院	2020年4月1日
茨城県	7	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
		○	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
		○	友愛記念病院	2020年8月1日
		○	茨城県立中央病院	2020年4月1日
		○	筑波メディカルセンター病院	2020年10月1日
		○	東京医科大学茨城医療センター	2020年5月1日
栃木県	8	○	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
		○	栃木県済生会宇都宮病院	2018年4月1日
		○	国際医療福祉大学病院	2019年9月1日
		○	栃木県立がんセンター	2020年4月1日
		○	上都賀総合病院	2020年4月1日
群馬県	5	○	高崎総合医療センター	2012年6月1日
		○	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	25	○	埼玉医科大学国際医療センター	2012年4月1日
		○	埼玉医科大学総合医療センター	2012年8月1日
		○	埼玉県立がんセンター	2013年8月1日
		○	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
		○	済生会支部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
		○	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
		○	埼玉石心会病院	2019年5月1日
○	上尾中央総合病院	2019年10月1日		
○	戸田中央総合病院	2020年4月1日		
○	TMG あさか医療センター	2020年4月1日		
○	丸木記念福祉メディカルセンター	2020年4月1日		





都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	武蔵野赤十字病院	2014年11月1日
		○	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
			東京通信病院	2018年4月1日
			東京新宿メディカルセンター	2018年5月1日
			東京労災病院	2018年7月1日
			関東中央病院	2018年7月1日
			板橋中央総合病院	2018年8月1日
			日本医科大学多摩永山病院	2018年8月1日
			総合病院厚生中央病院	2018年9月1日
			東京警察病院	2018年9月1日
			東京都立大塚病院	2018年9月1日
		○	東京医科大学八王子医療センター	2019年5月1日
			東京山手メディカルセンター	2019年8月1日
			三井記念病院	2019年10月1日
			東京病院	2019年12月1日
			東大和病院	2020年1月1日
			東京都健康長寿医療センター	2020年4月1日
			聖母病院	2020年5月1日
			佐々木研究所附属杏雲堂病院	2020年8月1日
			日本大学病院	2020年8月1日
			立川病院	2020年9月1日
	公立阿伎留医療センター	2020年9月1日		
	多摩北部医療センター	2020年12月1日		
神奈川県	34	○	東海大学医学部付属病院	2008年4月1日
		○	小田原市立病院	2010年4月1日
		○	横浜労災病院	2010年8月1日
		○	川崎市立井田病院	2011年2月1日
		○	横浜市立大学附属病院	2011年4月1日
		○	北里大学病院	2011年4月1日
		○	相模原協同病院	2012年4月1日
			済生会横浜市南部病院	2012年4月1日
		○	聖マリアンナ医科大学病院	2012年4月1日
		○	昭和大学横浜市北部病院	2013年2月1日
			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

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	横須賀共済病院 けいゆう病院 横須賀市立市民病院 平塚共済病院 昭和大学藤が丘病院 国立病院機構相模原病院 平塚市民病院 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	2017年5月1日 2018年2月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年5月1日 2018年6月1日
		○	横浜市東部病院 横須賀市立うわまち病院 AOI 国際病院	2018年7月1日 2018年7月1日 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
			国際親善総合病院	2020年4月1日
			川崎市立多摩病院	2020年4月1日
		○	横浜市立みなと赤十字病院	2020年4月1日
		○	横浜市立市民病院	2020年5月1日
新潟県	5	○	新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
		○	長岡赤十字病院	2011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 柏崎総合医療センター	2019年9月1日 2020年1月1日
富山県	9	○	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
		○	市立砺波総合病院	2019年1月1日
		○	厚生連高岡病院	2019年12月1日
			高岡病院	2019年12月1日
			富山市民病院	2020年4月1日
			かみいち総合病院	2020年7月1日
石川県	7	○	金沢大学附属病院	2012年7月1日
		○	金沢医療センター	2013年4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
		○	石川県立中央病院	2020年6月1日
福井県	4	○	福井大学医学部附属病院	2010年6月1日
		○	福井県済生会病院	2015年11月1日
		○	福井県立病院	2018年4月1日
		○	福井赤十字病院	2018年6月1日
山梨県	1	○	山梨大学医学部附属病院	2011年4月1日
長野県	12	○	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
			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
		○	佐久総合病院佐久医療センター	2019年4月1日



都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	豊田厚生病院	2020年3月1日
			南生協病院	2020年4月1日
		○	岡崎市民病院	2020年4月1日
			豊橋医療センター	2020年4月1日
			刈谷豊田総合病院	2020年12月1日
		○	愛知県がんセンター	2008年4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	12	○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
		○	京都府立医科大学附属病院	2011年4月1日
		○	京都医療センター	2011年4月1日
		○	京都桂病院	2011年6月1日
		○	京都市立病院	2012年4月1日
		○	京都第一赤十字病院	2016年4月1日
			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
			洛和会音羽病院	2019年7月1日
		○	京都岡本記念病院	2019年9月1日
			京都民医連中央病院	2020年4月1日
大阪府	39		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
		○	近畿大学病院	2008年4月1日
		○	大阪医療センター	2008年4月1日
			近畿中央呼吸器センター	2008年4月1日
		○	大阪医科大学附属病院	2008年10月1日
		○	大阪急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	大阪市立総合医療センター	2009年10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
			関西電力病院	2011年8月1日
			北野病院	2012年6月1日
			淀川キリスト教病院	2012年8月1日
			星ヶ丘医療センター	2013年6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
		○	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

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	市立東大阪医療センター ベルランド総合病院 南大阪病院 大阪病院	2018年5月1日 2018年5月1日 2018年6月1日 2018年6月1日
		○	市立岸和田市民病院 第二大阪警察病院 松下記念病院 市立吹田市民病院 和泉市立総合医療センター	2018年7月1日 2019年4月1日 2019年4月1日 2019年11月1日 2020年1月1日
		○	八尾市立病院 市立ひらかた病院 多根総合病院 大阪府済生会野江病院	2020年2月1日 2020年4月1日 2020年7月1日 2020年7月1日
兵庫県	22	○	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
		○	神戸大学医学部附属病院	2011年4月1日
		○	神戸市立医療センター中央市民病院	2011年7月1日
		○	神戸市立西神戸医療センター	2013年6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
		○	神戸赤十字病院	2019年4月1日
		○	神戸市立医療センター西市民病院	2019年6月1日
		○	兵庫県立こども病院	2019年6月1日
		○	神戸百年記念病院	2019年12月1日
		○	市立芦屋病院	2020年2月1日
		○	市立伊丹病院	2020年4月1日
		○	神戸中央病院	2020年4月1日
		○	甲南医療センター	2020年5月1日
		○	神鋼記念病院	2020年7月1日
		○	姫路赤十字病院	2020年11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
		○	平和会吉田病院	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	5	○	和歌山県立医科大学附属病院	2015年7月1日
		○	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
		○	紀和病院	2020年4月1日
		○	ひだか病院	2020年7月1日
鳥取県	2	○	鳥取大学医学部附属病院 鳥取生協病院	2007年1月1日 2020年4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

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
岡山県	7	○	川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
			川崎医科大学総合医療センター	2012年9月1日
			岡山大学病院	2012年9月1日
			倉敷中央病院	2012年11月1日
			岡山協立病院	2018年4月1日
			岡山医療センター	2018年4月1日
			岡山赤十字病院	2020年9月1日
広島県	9	○	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
			県立広島病院	2020年4月1日
			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
			総合病院庄原赤十字病院	2020年4月1日
			東広島医療センター	2020年10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
			山口宇部医療センター	2018年4月1日
香川県	6	○	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
			香川労災病院	2019年4月1日
			坂出聖マルチン病院	2020年7月1日
			高松赤十字病院	2020年7月1日
徳島県	4	○	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
			徳島赤十字病院	2020年4月1日
愛媛県	5	○	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	26	○	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
			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
			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
			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

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
			福岡和白病院 原三信病院 飯塚嘉穂病院 小倉記念病院 福岡聖恵病院 及川病院 さくら病院 福岡徳洲会病院 ○ 産業医科大学病院 ○ 九州労災病院 ○ 九州大学病院 ○ 福岡東医療センター	2019年3月1日 2019年10月1日 2019年5月1日 2019年7月1日 2020年6月1日 2020年5月1日 2020年5月1日 2020年1月1日 2020年5月1日 2020年4月1日 2020年4月1日 2020年12月1日
佐賀県	2	○ ○	佐賀大学医学部附属病院 佐賀県医療センター好生館	2005年11月1日 2015年5月1日
長崎県	4	○ ○ ○ ○	長崎大学病院 長崎みなとメディカルセンター 長崎医療センター 佐世保市総合医療センター	2011年4月1日 2016年2月1日 2018年4月1日 2018年4月1日
熊本県	3	○ ○	熊本大学病院 熊本医療センター くまもと森都総合病院	2012年4月1日 2015年5月1日 2020年9月1日
大分県	4	○ ○ ○	大分大学医学部附属病院 大分県立病院 別府医療センター 大分市医師会立アルメイダ病院	2008年4月1日 2018年4月1日 2018年5月1日 2020年5月1日
宮崎県	3	○ ○	宮崎大学医学部附属病院 宮崎県立宮崎病院 古賀総合病院	2014年4月1日 2018年4月1日 2021年1月1日
鹿児島県	6	○ ○ ○ ○ ○	鹿児島大学病院 鹿児島市立病院 相良病院 上町いまきいれ病院 今村総合病院 いまきいれ総合病院	2010年4月1日 2018年7月1日 2018年8月1日 2014年4月1日 2020年6月1日 2021年1月1日
沖縄県	7	○ ○ ○	那覇市立病院 琉球大学医学部附属病院 沖縄県立中部病院 沖縄協同病院 沖縄県立八重山病院 ハートライフ病院 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	2016年2月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年10月1日 2018年11月1日 2020年4月1日 2020年6月1日
合計	502	304		

2021年2月1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等，支援病院：地域医療支援病院]

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
1	北海道	東札幌病院	1993年9月1日	243	58		
2		札幌ひばりが丘病院	1999年5月1日	176	35		
3		恵佑会札幌病院	2000年2月1日	229	24	★	
4		森病院	2001年9月1日	135	35		
5		日鋼記念病院	2002年1月1日	479	22	★	
6		札幌南徳洲会病院	2004年1月1日	88	18		
7		函館おしま病院	2004年4月1日	56	20		
8		洞爺温泉病院	2004年6月1日	216	18		
9		KKR札幌医療センター	2005年8月1日	410	30	★	☆
10		勤医協中央病院	2007年11月1日	450	24		
11		札幌清田病院	2009年10月1日	109	20		
12		札幌共立五輪橋病院	2012年5月1日	188	18		
13		札幌厚生病院	2012年6月1日	516	25	★	
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	健生病院	2017年11月1日	282	14		
23		ときわ会病院	2008年2月1日	149	24		
24		青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
25	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
26		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
27		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	438	22		☆
28		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	☆
29		美山病院	2011年5月1日	212	20		
30		盛岡友愛病院	2015年6月1日	386	18		
31		岩手医科大学附属病院	2019年12月1日	1000	25	★	
32	宮城県	光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	20		
33		東北大学病院	2000年12月1日	1160	22	★	
34		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
35		みやぎ県南中核病院	2015年8月1日	310	12		☆
36		仙台オープン病院	2018年6月1日	330	21		☆
37		石巻市立病院	2018年9月1日	180	20		
38	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	609	15	★	☆
39		三友堂病院	2005年6月1日	185	12		
40		山形県立河北病院	2015年4月1日	186	20		
41	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
42		大曲厚生医療センター	2015年8月1日	437	13		
43	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	★	
44		福島労災病院	2011年4月1日	406	27	★	☆
45		星総合病院	2013年2月1日	430	16		☆
46		わたり病院	2013年7月1日	196	15		
47		竹田総合病院	2014年11月1日	837	15	★	☆
48		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		
49		いわき市医療センター	2020年2月1日	700	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	茨城県	茨城県立中央病院	2013年5月1日	500	23	★	☆
51		友愛記念病院	2014年8月1日	325	14	★	☆
52		水戸赤十字病院	2015年6月1日	442	20		☆
53		志村大宮病院	2015年6月1日	178	20		
54		総合病院土浦協同病院	2016年4月1日	800	20	★	
55		水戸医療センター	2018年10月1日	500	33	★	☆
56		日立総合病院	2018年12月1日	651	20	★	☆
57		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	453	20	★	☆
58		取手北相馬保健医療センター医師会病院	2020年7月1日	177	20		
59		つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
60		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	472	16		☆
61	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
62		栃木県立がんセンター	2000年12月1日	291	24	★	
63		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1132	17	★	
64		那須赤十字病院	2013年4月1日	460	20	★	☆
65		足利赤十字病院	2016年10月1日	540	19	★	☆
66		とちぎメディカルセンターとちのき	2017年11月1日	250	14		
67	群馬県	渋川医療センター	1994年7月1日	450	25	★	☆
68		公立富岡総合病院	2005年5月1日	338	18	★	
69		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	494	17	★	☆
70		群馬県済生会前橋病院	2012年6月1日	327	16		☆
71		東邦病院	2014年6月1日	443	21		
72		群馬県立がんセンター	2014年7月1日	314	25	★	
73	埼玉県	上尾中央第二病院	1992年3月1日	186	15		
74		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	503	36	★	
75		戸田中央総合病院	2009年3月1日	517	18	★	
76		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
77		埼玉石心会病院	2012年4月1日	450	20		☆
78		丸木記念福祉メディカルセンター	2013年12月1日	616	20		
79		埼玉協同病院	2013年12月1日	399	24		
80		上尾中央総合病院	2014年7月1日	733	21		☆
81		吉川中央総合病院	2015年5月1日	272	14		
82		三浦病院	2015年7月1日	81	21		
83		彩の国東大宮メディカルセンター	2015年8月1日	337	22		
84		シャローム病院	2016年7月1日	55	30		
85		埼玉県立循環器・呼吸器病センター	2017年6月1日	343	24		☆
86		TMGあさか医療センター	2018年6月1日	446	20		
87		羽生総合病院	2018年6月1日	311	14		
88		埼玉病院	2019年5月1日	550	20	★	☆
89	深谷赤十字病院	2019年8月1日	474	15	★	☆	
90	南部厚生病院	2019年10月1日	128	20			
91	八潮中央総合病院	2019年10月1日	250	14			
92	さいたま市立病院	2020年2月1日	637	20	★	☆	
93		草加市立病院	2020年7月1日	380	21		
94	千葉県	国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
95		総合病院国保旭中央病院	1999年5月1日	989	20	★	☆
96		山王病院	1999年7月1日	310	23		
97		君津中央病院	2004年11月1日	660	20	★	☆
98		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
99		千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
100		船橋市立医療センター	2010年4月1日	449	20	★	☆
101		我孫子聖仁会病院	2012年7月1日	168	20		
102		さんむ医療センター	2014年1月1日	312	20		
103			平和台病院	2014年5月1日	184	18	

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
104		千葉徳洲会病院	2014年8月1日	391	24		
105		鎌ヶ谷総合病院	2015年3月1日	329	19		
106		辻仲病院柏の葉	2015年5月1日	150	24		
107		東松戸病院	2015年10月1日	181	20		
108		東葛病院	2016年6月1日	366	20		
109		白井聖仁会病院	2017年6月1日	192	20		
110		柏たなか病院	2018年10月1日	246	20		
111		千葉医療センター	2019年3月1日	455	20	★	☆
112		タムス浦安病院	2020年6月1日	134	21		
113	東京都	救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
114		桜町病院	1994年8月1日	199	20		
115		国立病院機構東京病院	1995年9月1日	522	20		☆
116		聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11		
117		東京衛生アドベンチスト病院	1996年7月1日	186	20		
118		信愛病院	1996年9月1日	199	20		
119		聖路加国際病院	1998年5月1日	520	23	★	☆
120		賛育会病院	1998年6月1日	199	22		
121		豊島病院	1999年9月1日	438	20		☆
122		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	708	18	★	☆
123		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		☆
124		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	170	20		
125		NTT 東日本関東病院	2001年2月1日	594	16	★	☆
126		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
127		佼成病院	2004年5月1日	340	20		
128		東京新宿メディカルセンター	2004年6月1日	520	20		☆
129		東京ちどり病院	2004年7月1日	98	14		
130		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	305	16		
131		がん研究会有明病院	2011年4月1日	686	25	★	
132		東京都立駒込病院	2011年7月1日	815	22	★	
133		慈生会野村病院	2012年1月1日	133	12		
134		東京逋信病院	2013年3月1日	461	18		
135		多摩南部地域病院	2013年7月1日	287	16		☆
136		東京都健康長寿医療センター	2013年7月1日	550	20		
137		町田市民病院	2013年9月1日	447	18		☆
138		王子生協病院	2014年5月1日	159	25		
139		東京さくら病院	2016年1月1日	258	38		
140		越川病院	2016年1月1日	46	34		
141		東京医科歯科大学医学部附属病院	2017年5月1日	753	15	★	
142		杏雲堂病院	2018年5月1日	198	20		
143		東京共済病院	2018年5月1日	350	19		☆
144		みなみ野病院	2019年6月1日	205	25		
145		複十字病院	2020年11月1日	334	26		☆
146	神奈川県	日野原記念ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
147		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
148		衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
149		川崎市立井田病院	1998年11月1日	383	23	★	
150		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	689	25	★	
151		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	20	★	
152		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
153		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	634	25	★	☆
154		平和病院	2011年9月1日	146	16		
155		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	505	25		
156		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
157		横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆
158		宮川病院	2013年7月1日	175	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
159		伊勢原協同病院	2014年9月1日	350	14		
160		AOI 国際病院	2015年5月1日	328	28		
161		横浜南共済病院	2016年5月1日	565	20		☆
162		国際親善総合病院	2016年5月1日	287	25		
163		湘南東部総合病院	2017年2月1日	348	32		
164		藤沢湘南台病院	2017年4月1日	322	19		
165		済生会神奈川県病院	2017年7月1日	199	18		
166		東名厚木病院	2017年11月1日	282	14		☆
167		新百合ヶ丘総合病院	2020年6月1日	563	21		☆
168		聖隷横浜病院	2020年9月1日	358	20		
169	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	32		
170		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
171		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
172		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
173		新潟県立がんセンター新潟病院	2019年3月1日	421	21	★	
174		新潟県立加茂病院	2019年11月1日	168	30		
175		長岡赤十字病院	2020年5月1日	592	14	★	☆
176	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	733	25	★	☆
177		富山市民病院	2009年6月1日	595	20		☆
178		高岡市民病院	2016年5月1日	401	20	★	☆
179		厚生連高岡病院	2016年12月1日	533	16	★	☆
180		富山赤十字病院	2018年1月1日	401	12		☆
181	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
182		小松市民病院	2009年5月1日	340	10	★	☆
183		城北病院	2019年6月1日	314	20		
184	福井県	福井県済生会病院	1998年10月1日	460	20	★	☆
185		福井県立病院	2006年4月1日	809	20	★	☆
186		福井赤十字病院	2015年5月1日	600	20	★	☆
187	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
188		諏訪中央病院	1998年9月1日	360	12		
189		新生病院	1998年10月1日	155	20		
190		岡谷市民病院	2015年10月11日	295	17		
191		長野中央病院	2017年8月1日	322	12		
192		丸の内病院	2020年4月1日	199	10		
193		信州上田医療センター	2020年10月1日	320	24		
194	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	640	15	★	☆
195	岐阜県	岐阜清流病院	1999年6月1日	372	28		
196		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	575	20	★	☆
197		東海中央病院	2012年1月1日	332	15		☆
198		久美愛厚生病院	2012年7月1日	300	23		
199		岐北厚生病院	2014年3月1日	316	24		
200		中濃厚生病院	2016年5月1日	495	20	★	
201	静岡県	聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
202		神山復生病院	2002年7月1日	20	20		
203		静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	615	50	★	
204		医療法人社団秀峰会 川村病院	2020年7月1日	76	20		
205	愛知県	愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
206		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
207		安城更生病院	2002年6月1日	749	17	★	☆
208		総合病院南生協病院	2002年7月1日	313	20		
209		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	602	19		☆
210		海南病院	2004年7月1日	540	18	★	☆
211		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	852	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
212		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
213		豊橋医療センター	2007年4月1日	388	48		
214		聖霊病院	2009年4月1日	198	15		
215		江南厚生病院	2009年11月1日	684	20		☆
216		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	☆
217		藤田医科大学病院	2010年4月1日	1435	37	★	
218		小牧市民病院	2012年6月1日	558	14	★	☆
219		名古屋徳洲会総合病院	2014年6月1日	350	18		
220		刈谷豊田総合病院	2014年11月1日	704	20		☆
221		済衆館病院	2016年4月1日	369	20		
222		公立西知多総合病院	2018年8月1日	468	20		☆
223		一宮市立市民病院	2018年12月1日	594	14	★	☆
224	三重県	藤田医科大学七栗記念病院	1997年7月1日	218	20		
225		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
226		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		☆
227		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
228		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
229		もりえい病院	2016年5月1日	54	20		
230		みたき総合病院	2017年7月1日	199	30		
231		鈴鹿中央総合病院	2018年12月1日	460	20	★	☆
232		市立伊勢総合病院	2019年2月1日	300	20		☆
233	滋賀県	市立大津市民病院	1999年6月1日	439	20		☆
234		彦根市立病院	2002年10月1日	438	20	★	☆
235		滋賀県立総合病院	2003年3月1日	535	20	★	☆
236		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	168	16		
237		公立甲賀病院	2013年5月1日	413	12		☆
238	京都府	総合病院日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
239		薬師山病院	1998年12月1日	70	50		
240		京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
241		京都民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
242		稲荷山武田病院	2012年9月1日	55	18		
243		京都府立医科大学附属病院	2014年2月1日	1065	16	★	
244		男山病院	2014年5月1日	199	25		
245		あそかビハーラ病院	2015年4月1日	28	28		
246		宇治徳洲会病院	2015年8月1日	473	14	★	
247		三菱京都病院	2016年2月1日	188	14		
248		国立病院機構舞鶴医療センター	2018年4月1日	409	15		☆
249		京都民医連あすかい病院	2018年12月1日	172	21		
250		洛和会音羽病院	2019年5月1日	548	14		☆
251		京都市立病院	2020年3月1日	528	14	★	☆
252		京都桂病院	2020年6月1日	545	20	★	☆
253	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	581	27		☆
254		高槻赤十字病院	2002年7月1日	439	20		☆
255		湯川胃腸病院	2002年11月1日	34	34		
256		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
257		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		☆
258		ガラシア病院	2005年4月1日	104	51		
259		小松病院	2006年5月1日	190	18		
260		星ヶ丘医療センター	2008年12月1日	580	16		☆
261		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
262		彩都友誼会病院	2010年5月1日	204	40		
263		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1063	24	★	☆
264		和泉市立総合医療センター	2010年12月1日	307	24		
265		多根総合病院	2011年6月1日	304	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
266		市立岸和田市民病院	2012年9月1日	400	20	★	☆
267		櫻本病院	2013年7月1日	199	16		
268		東住吉森本病院	2013年11月1日	329	14		☆
269		東大阪病院	2013年12月1日	265	30		
270		市立ひらかた病院	2014年11月1日	335	20		
271		ベルランド総合病院	2014年11月1日	477	15		☆
272		浅香山病院	2015年6月1日	1027	20		
273		市立貝塚病院	2015年6月1日	249	19		
274		ほうせんか病院	2015年9月1日	220	48		
275		市立東大阪医療センター	2015年11月1日	520	25	★	☆
276		松下記念病院	2016年4月1日	323	16		☆
277		吹田徳洲会病院	2017年5月1日	365	24		
278		市立柏原病院	2017年10月1日	220	17		
279		大阪鉄道病院	2017年12月1日	303	19		
280		大阪赤十字病院	2018年11月1日	964	20	★	☆
281		近畿中央呼吸器センター	2018年11月1日	365	21		
282		ツヂ病院	2019年12月1日	99	15		
283		大阪暁明館病院	2020年3月1日	462	21		
284	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
285		西奈良中央病院	2012年10月1日	166	24		
286		吉田病院	2017年12月1日	312	7		
287		天理よろづ相談所病院	2018年9月1日	715	10	★	
288	和歌山県	南和歌山医療センター	2005年7月1日	316	14	★	☆
289		紀和病院	2005年8月1日	280	15		
290		日本赤十字社和歌山医療センター	2018年11月1日	873	20	★	☆
291	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
292		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
293		神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		☆
294		姫路聖マリア病院	1996年8月1日	440	22		
295		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
296		立花病院	2005年9月1日	272	10		
297		公立八鹿病院	2005年10月1日	380	20		☆
298		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
299		第二協立病院	2009年4月1日	425	22		
300		宝塚市立病院	2010年7月1日	436	15		☆
301		協和マリナホスピタル	2011年5月1日	122	30		
302		兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		☆
303		市立芦屋病院	2012年8月1日	199	24		
304		市立川西病院	2013年2月1日	250	21		☆
305		高砂市民病院	2013年8月1日	290	18		☆
306		誠仁会大久保病院	2014年2月1日	199	18		
307		兵庫県立丹波医療センター	2014年6月1日	320	22	★	☆
308		甲南医療センター	2015年5月1日	380	22		
309		神戸協同病院	2015年7月1日	167	19		
310		北播磨総合医療センター	2015年9月1日	450	20		☆
311		公立豊岡病院組合立豊岡病院	2016年9月1日	518	20	★	☆
312		ふくやま病院	2017年5月1日	104	30		
313		神戸大山病院	2019年12月1日	91	19		
314		姫路医療センター	2019年5月1日	411	21	★	☆
315	鳥取県	藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
316		鳥取生協病院	2008年4月1日	260	20		
317		米子医療センター	2014年9月1日	270	20	★	☆
318		鳥取県立中央病院	2019年11月1日	518	20	★	☆
319	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	470	22	★	☆

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
320		浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	☆
321		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	600	21	★	
322	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	473	25	★	☆
323		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	21		
324		総合病院岡山協立病院	2011年9月1日	318	17		
325		倉敷中央病院	2013年6月1日	1167	14	★	☆
326		岡山赤十字病院	2014年7月1日	500	20	★	☆
327		川崎医科大学総合医療センター	2016年12月1日	647	18		☆
328		川崎医科大学附属病院	2018年7月1日	1182	20	★	
329		岡山中央病院	2020年11月1日	81	14		☆
330	広島県	呉医療センター	2000年4月1日	630	19	★	☆
331		廿日市記念病院	2002年1月1日	126	24		
332		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
333		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
334		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
335		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
336		県立広島病院	2004年10月1日	712	20	★	☆
337		福山市民病院	2006年9月1日	506	16	★	☆
338		前原病院	2012年7月1日	59	14		
339		広島共立病院	2014年10月1日	186	19		
340		JR広島病院	2016年4月1日	275	20		
341		広島赤十字・原爆病院	2019年12月1日	565	19	★	☆
342	メリィホスピタル	2020年12月1日	199	47			
343	山口県	山口宇部医療センター	1998年11月1日	365	25		
344		安岡病院	1999年5月1日	234	36		
345		総合病院山口赤十字病院	2000年1月1日	427	25		☆
346		徳山中央病院	2009年3月1日	519	25	★	☆
347		岩国医療センター	2013年6月1日	530	24	★	☆
348		下関市立市民病院	2016年8月1日	436	20		☆
349	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	123	21		
350		坂出聖マルチン病院	2016年1月1日	196	20		
351		香川県立中央病院	2019年11月1日	533	15	★	☆
352	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
353		徳島県立三好病院	2015年1月1日	220	20		☆
354		徳島市民病院	2017年6月1日	335	24	★	☆
355	高知県	高知厚生病院	1995年12月1日	42	16		
356		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
357		凶南病院	2000年7月1日	183	12		
358		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
359		細木病院	2003年10月1日	499	12		
360		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
361		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
362	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
363		四国がんセンター	2006年9月1日	368	25	★	
364		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
365		HITO病院	2013年4月1日	257	17		
366		済生会今治病院	2013年5月1日	191	20	★	
367	福岡県	栄光病院	1990年9月1日	178	71		
368		聖マリア病院	1997年9月1日	1097	16	★	☆
369		久留米大学病院	1998年10月1日	1018	16	★	
370		さくら病院	1999年6月1日	152	24		
371		至誠会木村病院	1999年12月1日	121	14		
372		原土井病院	2001年4月1日	556	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
373		北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
374		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
375		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
376		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
377		及川病院	2004年11月1日	36	15		
378		たたらリハビリテーション病院	2004年11月1日	199	21		
379		恵光会原病院	2005年1月1日	220	16		
380		那珂川病院	2006年7月1日	162	24		
381		今野病院	2007年1月1日	67	20		
382		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
383		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
384		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
385		嶋田病院	2008年9月1日	150	14		☆
386		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
387		井上病院	2011年4月1日	73	16		
388		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		
389		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	197	20		
390		古賀病院21	2012年6月1日	217	14		
391		朝倉医師会病院	2012年11月1日	300	20		☆
392		戸畑リハビリテーション病院	2012年11月1日	154	17		
393		友田病院	2012年12月1日	72	16		
394		長田病院	2013年8月1日	182	20		
395		飯塚病院	2013年10月1日	1048	18	★	☆
396		田主丸中央病院	2014年6月1日	343	13		☆
397		宗像医師会病院	2014年8月1日	164	12		☆
398		福岡県済生会八幡総合病院	2014年9月1日	403	22		
399		九州病院	2014年11月1日	575	12	★	☆
400		福岡聖恵病院	2017年6月1日	288	25		
401		牟田病院	2017年10月1日	163	20		
402		芦屋中央病院	2018年5月1日	137	15		
403		九州中央病院	2018年7月1日	330	20	★	☆
404	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	1998年3月1日	450	15	★	☆
405		河畔病院	2002年4月1日	183	18		
406		西田病院	2011年5月1日	118	20		
407		なゆたの森病院	2016年4月1日	165	20		
408		嬉野医療センター	2019年7月1日	399	21	★	☆
409	長崎県	出島病院	1995年11月1日	43	20		
410		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	190	34		
411		千住病院	2008年4月1日	186	20		
412		南野病院	2012年5月1日	95	18		
413		日本赤十字社長崎原爆病院	2020年7月1日	315	18	★	☆
414	熊本県	イエズスの聖心病院	1994年11月1日	75	37		
415		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	14		☆
416		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
417		人吉医療センター	2003年9月1日	252	30	★	☆
418		桜十字熊本東病院	2007年11月1日	57	18		
419		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	14		
420		桜十字病院	2010年1月1日	630	25		
421		朝日野総合病院	2012年4月1日	378	25		
422		山鹿市民医療センター	2012年5月1日	201	13		☆
423		合志第一病院	2012年9月1日	132	26		
424		鶴田病院	2012年10月1日	105	20		
425		熊本南病院	2016年5月1日	172	16		
426		くまもと森都総合病院	2017年5月1日	199	15		

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
427		大腸肛門病センター高野病院	2017年10月1日	166	20		
428		熊本第一病院	2018年6月1日	125	13		
429		球磨郡公立多良木病院	2018年6月1日	183	10		
430	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
431		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	17		
432		大分市医師会立アルメイダ病院	2012年5月1日	406	21		☆
433		大分県厚生連鶴見病院	2012年11月1日	230	14		
434		中津胃腸病院	2014年11月1日	112	14		
435		大分県済生会日田病院	2015年10月1日	199	14	★	☆
436		中津市立中津市民病院	2019年5月1日	250	12	★	☆
437	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
438		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
439		潤和会記念病院	2014年4月1日	446	24		
440		宮崎市医師会病院	2017年4月1日	248	12		☆
441		晴緑会宮崎医療センター病院	2021年1月1日	291	16		
442	鹿児島県	相良病院	1997年6月1日	80	24	★	
443		国立病院機構南九州病院	2006年4月1日	445	25		
444		出水郡医師会広域医療センター	2008年10月1日	222	10		☆
445		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		
446		南風病院	2013年6月1日	338	14		☆
447		鹿児島市医師会病院	2013年9月1日	199	31		☆
448		いづろ今村病院	2014年3月1日	130	20		
449		霧島市立医師会医療センター	2016年5月1日	254	35		☆
450	沖縄県	オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		
451		アドベンチストメディカルセンター	2003年1月1日	48	26		
452		国立病院機構沖縄病院	2006年6月1日	300	25		
453		与勝病院	2017年1月1日	140	20		☆
454		沖縄赤十字病院	2018年7月1日	302	26		
455		豊見城中央病院	2020年8月3日	188	21		☆
合 計		緩和ケア病床数 9,316 床		がん診療拠点病院 127		地域医療支援病院 161 施設	

2021年2月1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 2021  
がんのリハビリテーションと緩和ケア  
—その人らしさを大切に—

---

発行 2021年4月6日 第1版第1刷©  
編集 木澤義之・志真泰夫・高宮有介・恒藤 暁・  
宮下光令  
企画担当 辻 哲也  
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 978-4-902249-99-6 C 3047

 <社出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。  
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構  
(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)  
の許諾を得てください。