

ホスピス緩和ケア白書 2022

緩和ケアの新たな試みと視点

[特集1] 緩和ケアチームにおける新たな試み

[特集2] セルフケア、マインドフルネスの視点からの緩和ケア教育と研修

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)



青海社

序 文

高宮有介

(昭和大学医学部 医学教育学講座)

本年度の白書は、第Ⅰ部「緩和ケアチームにおける新たな試み」と第Ⅱ部「セルフケア、マインドフルネスの視点からの緩和ケア教育と研修」という2つのテーマを取り上げた。

第Ⅰ部の緩和ケアチームは、筆者自身、思い出深い緩和ケアの形態である。1988年にホスピスケアを学びに英国に渡った時のことであった。研修先のホスピス医から勉強会があると誘われ、St. Thomas' Hospitalを訪れた。そこで偶然、紹介された緩和ケアサービスこそ、「コンサルテーション型緩和ケアチーム」だった。各病棟を回診する医師に付いて、新たな緩和ケアの方略を知った。帰国後、1992年から昭和大学で緩和ケアチームとして活動を開始した。あれから30年が経つ。2002年に緩和ケアチームの活動が診療報酬として算定され、2007年に施行された「がん対策基本法」により、がん診療連携拠点病院への緩和ケアチームの設置が義務づけられた。

本書では質の評価と共に、がん医療との統合、症状緩和以外に期待される療養先の移行について掲載した。また、緩和ケアの対象はがんだけではなく、ICUにおける緩和ケアや心不全患者の緩和ケアにも言及した。緩和ケアチームの活動が、病院内に留まらず、地域へと広がり、がん以外にも拡大していくことを願っている。

第Ⅱ部は、医療者のセルフケアに視点を移し、新たな緩和ケア教育や研修を取り上げた。2020年から継続しているCOVID-19の感染拡大により、疲弊した医療者への癒しにも繋がると考えて企画した。マインドフルネスは、過去や未来に捉われず、今、この瞬間に集中し、生きることであり、慢性疼痛や再発うつへの効果が証明されている。ルーツは禅にあり、日本人にとっても馴染みやすいものである。

このマインドフルネスを取り入れたWhole Person CareとGRACEについて、その取り組みを紹介した。Whole Person Careは、カナダのMcGill大学で開発され、医学教育の変革として期待されている。GRACEは米国で開発され、医療者だけでなくケアギバーのケアとして広まりつつある。どちらも、海外でスタートしたが、すでにわが国では研究会が活動し、教育や研修を行っている。また、日本で実施されているプログラムの紹介やその研究成果、看護師向けのプログラムも紹介した。

COVID-19だけでなく、さまざまなストレスを抱える医療者が自分自身をケアすることにより、患者・家族に対して、より良い医療、緩和ケアを提供されることを心から願っている。

目 次

序 文	高宮有介	iii
-----------	------	-----

第 I 部 緩和ケアの新たな試みと視点

[特集 1] 緩和ケアチームにおける新たな試み

〔編集〕木澤義之

1. 緩和ケアチームの質の向上に関する取り組み —セルフチェックプログラムとピアレビュー	坂下明大	2
2. 緩和ケアチームの質の向上に関する取り組み —患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチーム 介入の評価に関する多施設パイロット・スタディ	宮下光令, 他	8
3. がん治療と緩和ケアの統合	多田羅竜平, 他	20
4. 療養場所移行期のケアと飯塚病院 緩和ケアチームの取り組み	柏木秀行	26
5. ICU における緩和ケアと緩和ケアスクリーニング	橋口周子	30
6. 心不全患者の緩和ケア	柴田龍宏	36

[特集 2] セルフケア、マインドフルネスの視点からの 緩和ケア教育と研修

〔編集〕高宮有介

1. 海外のプログラムの紹介と日本での展開		
A. Whole Person Care プログラム： マギル大学の医学教育の取り組み	恒藤 暁	44
B. 医療者の燃え尽き防止プログラム GRACE		
(1) GRACE 開発の経緯と概要	高宮有介	49

(2) エキナケア（緩和ケア病棟）における GRACE の実践報告	堀口朋美、他	52
(3) 急性期医療と GRACE	杉浦明日美	54
2. わが国で実践している医療者向けプログラム		
A. レジリエンスと思いやりを構築するマインドフルネス・プログラム	藤澤大介、他	56
B. 看護師のためのマインドフルネスとコンパッションに関する試み	佐藤寧子	61

第Ⅱ部 統計と解説

1. データでみる日本の緩和ケアの現状	升川研人、他	68
2. 2021 年度 ホスピス緩和ケア週間	安部奈津子	110
3. 緩和ケア関連の資料		112

第 I 部

緩和ケアの新たな試みと視点

〔特集 1〕 緩和ケアチームにおける 新たな試み

1. 緩和ケアチームの質の向上に関する取り組み —セルフチェックプログラムとピアレビュー—

坂下明大

(兵庫県立姫路循環器病センター 緩和ケア内科)

はじめに

医療の質を評価する際に、ドナベディアンモデルがよく用いられるが、わが国の緩和ケアチームの質を評価する枠組みとしては、日本緩和医療学会で行っている「緩和ケアチーム登録」¹⁾、「緩和ケアチームセルフチェックプログラム」²⁾などが挙げられる(図1)。さらに、医療の質を改善する方策としては、緩和ケアチームセルフチェックプログラムのように自己評価により課題解決を図る方法と、国立がん研究センターで実施されている「緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業」のような相互評価や第三者による他者評価による方法がある。本稿では、これらの緩和ケアの質向上を図る取り組みについて紹介すると共に、今後の緩和ケアチーム活動の質の向上をいかに図るべきかについて述べていきたい。

緩和ケアチームセルフチェックプログラム

2002年に診療報酬によって緩和ケアチームの活動が算定されるようになり、2006年にはすべてのがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームの設置が義務づけられた。また、2018年にがん対策推進基本計画が改定され、緩和ケアチームに求められる役割がさらに追加されてきた。しかし、緩和ケアチームの構成は病院や地域によって多様であり、緩和ケアチームの活動を画一的に標準化することができず、その活動の評価は容易ではなかった。そこで、日本緩和医療学会専門的・横断的緩和ケア推進委員会では、2016年に緩和ケアチーム活動の質を評価する方法として緩和ケアチームセルフチェックプログラムを開発し、それぞれの緩和ケアチームが活動の課題を見出し改善していくための支援を行うこととした。

本プログラムの目的は、「患者・家族のQOLの向上」の実現を目指したものであり、緩和ケアチームが日々の活動をセルフチェックすること

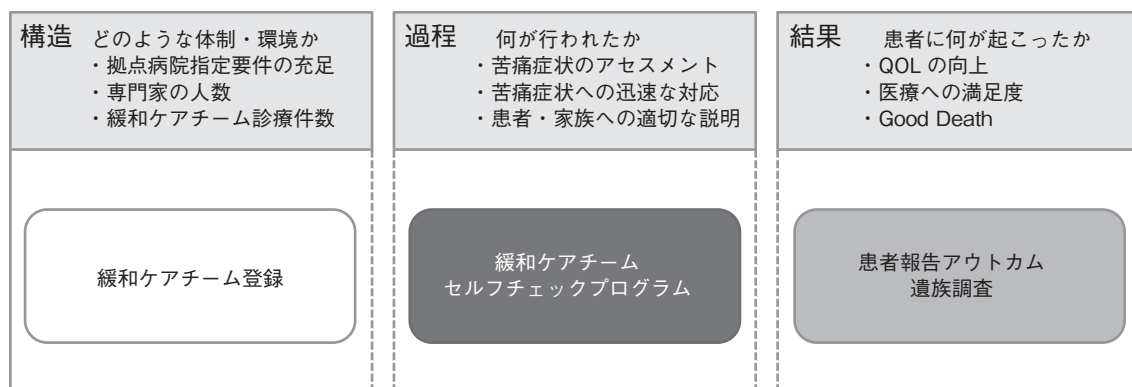
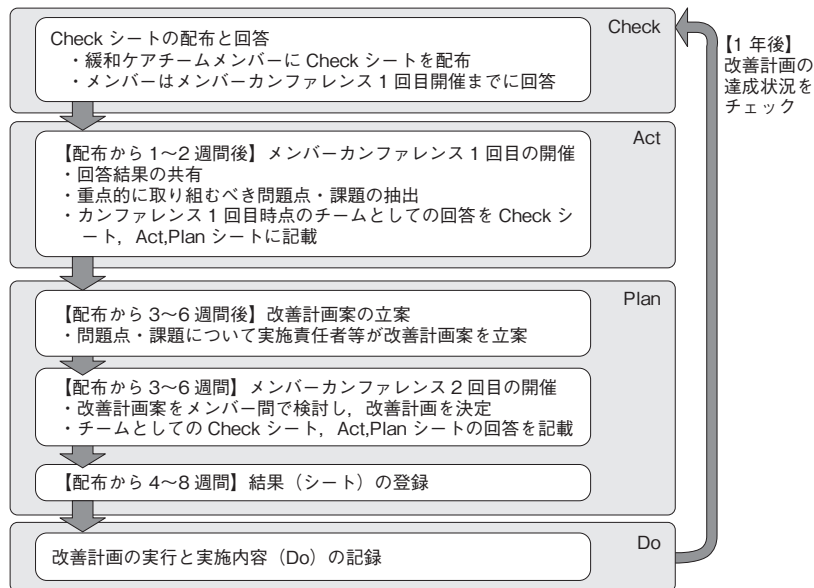


図1 緩和ケアの質評価ドナベディアンモデル

初回

■ スケジュール概要



2 回目以降

■ スケジュール概要

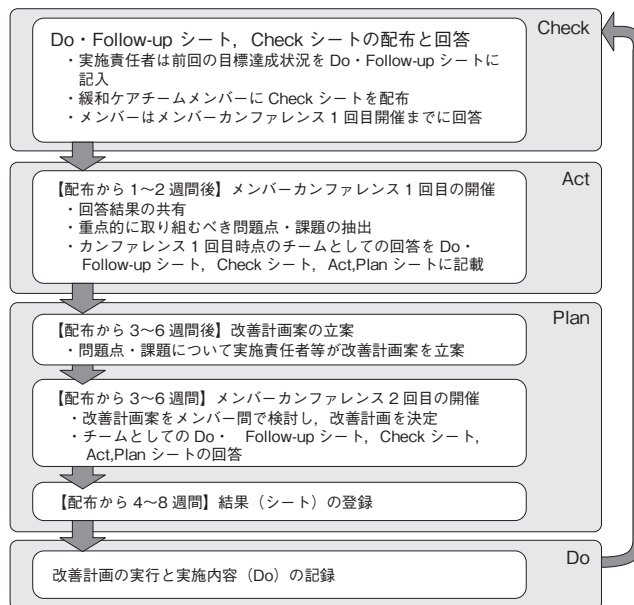


図 2 緩和ケアチームセルフチェックプログラムの手順

で、今後目指すべき目標を見出し、行動計画を立案することを支援していくことである。本プログラムでは、参加することで緩和ケアチームの活動を改善していくための PDCA（plan-do-check-

act）サイクルを確保できるように配慮した内容となっている。

本プログラムの手順を図 2 に示す。本プログラムでは、Check, Act・Plan, Do・Follow-up のシー

●実施に必要な体制

- ・都道府県内の関係者間の調整、情報収集・分析・評価・改善などを管理する事務局機能
- ・都道府県内で情報共有を行う体制の構築
- ・都道府県内の実地調査方法などの統一

方法① 複数施設の相互訪問による実地調査

方法② 都道府県内の中心的メンバーが調査委員となり実地調査

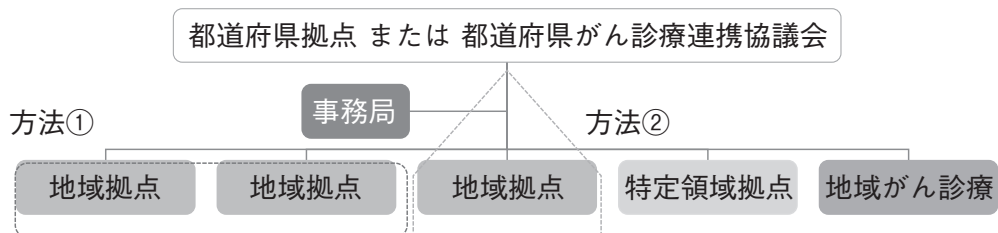


図3 がん診療連携拠点病院緩和ケア提供体制のピアレビュー

トを用いて実施する。緩和ケアチームのコンサルテーション活動を評価するために、Checkシートは8領域の基本評価項目（緩和ケアチームへの介入依頼、介入前の情報収集、症状・病態アセスメント、目標設定、症状マネジメント、介入後の評価、緩和ケアの質の評価と改善、総合的な評価）と4領域の症状別評価項目（痛み、呼吸困難、せん妄、抑うつ・不安）で構成されている。Checkシートで緩和ケアチームの活動をチームメンバーの各自が振り返り、カンファレンスで共有する。そして、チームで重点的に取り組むべき課題や問題点を抽出し、2回目のカンファレンスで改善計画をメンバー間で検討し、Act・Planシートに改善計画を記載する。本プログラムに継続して参加している施設では、前年度の改善計画の目標達成状況をDo・Follow-upシートに記載し、Checkシートで日々の緩和ケアチーム活動を振り返りながら、達成できなかった課題や新たに取り組むべき問題などを抽出する。さらに、次年度に向けて解決すべき課題・問題点に対しての改善計画を立てることで、PDCAサイクルが確保できる仕組みとなっている³⁾。

2016年度より本プログラムの提供が開始され、参加施設としては、83施設（2016年度）、75施設（2017年度）、56施設（2018年度）、69施設（2019年度）、74施設（2020年度）、延べ357施設が参

加登録している。2020年度の結果では、69%（51/74施設）の施設が本プログラムに複数回参加していると回答している。また、本プログラムにおいて抽出される緩和ケアチームの代表的な課題・問題点としては、以下の5項目であった⁴⁾。

①依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーション不足、②緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足、③緩和ケア提供体制の整備や機能周知が不十分、④緩和ケアチーム内のコミュニケーション不足、⑤緩和ケアチームが介入する患者・診療科・職種の偏在、などであった。これらの代表的な課題について、チーム内で話し合い、取り組んだ解決のプロセスを例示し、チームの活動をより効果的に改善する計画立案のポイントについても提案しているので参考としてほしい⁵⁾。

さらに、本プログラムに複数回参加した施設に対してアンケート調査を実施している⁶⁾。本プログラムを導入して良かった点としては、①チーム活動について話し合う機会となり、チームの現状認識を統一することができた、②啓発活動・紹介方法の改善など新しい取り組みのきっかけとなった、③それぞれの専門職としての臨床実践内容、掌握部署の特性と実践内容、問題解決能力などをチーム内で共有することができた、④活動評価を多角的に行うことができ、多職種の視点で評価す

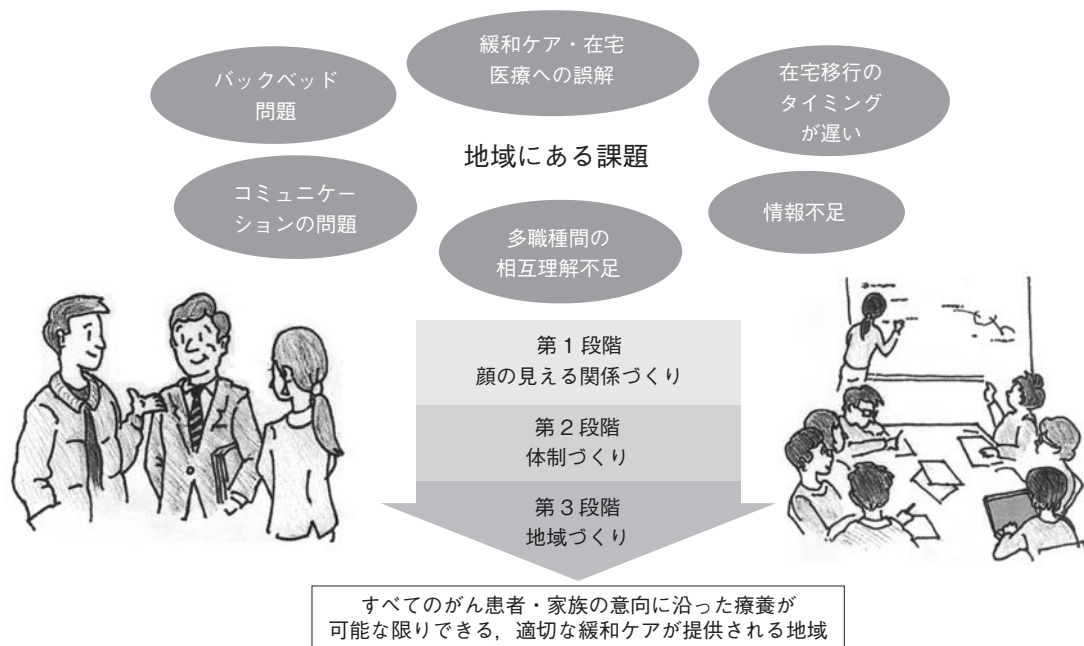


図4 地域緩和ケア連携調整員の役割

ることができた、⑤院内幹部に対して計画した内容を文章で提出することで、活動内容を院内で理解してもらうことに活用できた、といった意見が得られた。また、本プログラムの改善点としては、①チーム形成の段階によって内容を変えたほうが良い、②プログラムの目的、費用対効果、持続可能性も検討したほうが良い、といった意見もみられた。

本プログラムの課題としては、緩和ケアチーム活動のプロセスの改善を図ることはできるが、緩和ケアチーム活動における最終的なアウトカムとなる患者・家族のQOLの向上については評価ができていないことである。この点については、次項の「AUDITとベンチマーキング」を参照してほしい。また、アンケート調査でも指摘されているように、本プログラムに継続して参加する施設は限定されており、本プログラムに参加することでの改善効果を具体的に示していくことが課題であると考ええる。

緩和ケアに関するピアレビュー 実施支援事業

第3期がん対策推進基本計画において、「国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数などを用いた他の医療機関との比較、第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的な実地調査などの方策について検討する」ことが取り組むべき施策として述べられている。さらに、「拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ『緩和ケアセンター』の機能をより一層強化する。また、『緩和ケアセンター』のない拠点病院などは、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する」ことも盛り込まれていた⁷⁾。しかし、拠点病院の緩和ケアに関する診療実態は十分ではなく、ケアの質的な面を継続的に評価し、評価結果を還元できる体制整備が課題であった。そこで、国立がん研究セン

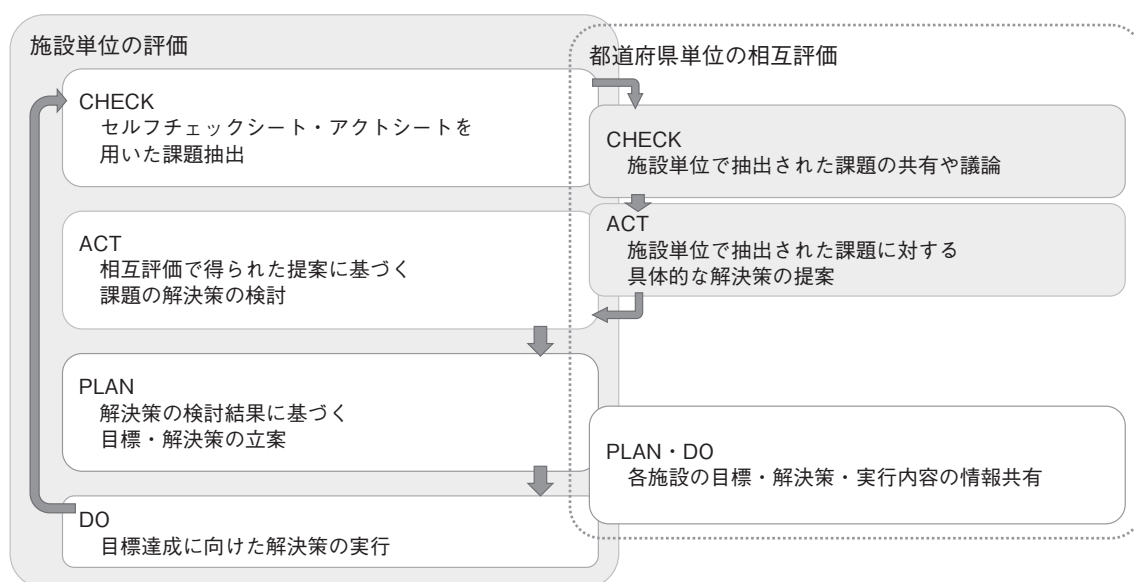


図5 緩和ケアチームセルフチェックプログラムを活用した相互評価

ターにおいて、PDCAサイクルを確保するための1つの方法として、がん診療連携拠点病院の緩和ケアの質を向上するためのピアレビューを実施するための方法が検討され、2015年度より「緩和ケアに関するピアレビュー支援事業」が開始されている⁸⁾。

本事業の目的は、がん診療連携拠点病院の緩和ケアの質向上を目指し、同じ都道府県内の他拠点病院や外部専門家などが施設訪問を行い、現場での困りごとを中心とした課題解決に向けた話し合いを行い、具体的な臨床活動の改善を促進することである。全国の都道府県が参考にできるモデル事業となるように同センターが支援を行っている(図3)。2015年度から本事業が開始され、2019年度までは相互訪問を行い、2020年度はオンラインでのピアレビューも実施されている。

本事業のピアレビューの利点としては、①外部レビューアーが第三者の視点で診療内容を評価することで、改善すべき問題点が具体的に示され、自己評価だけでは認識することが難しい現状を客観的に把握でき、医療の質の改善ができる、②レビューアーと対象施設の担当者による現場でのディスカッションを通して、施設の状況に応じた実現可能な目標設定と解決策を検討することができる、③病院幹部が参加することで、問題点を施

設全体で共有でき、改善につながる、④訪問施設側にとっても、他施設の状況を確認でき、自施設の取り組みを振り返る機会となる、などが挙げられる。

また、ピアレビューの課題として、①ピアレビューが適切に実施されるよう、当該領域の専門的な知識を有しているレビューアーを確保するなど、ピアレビューの質を担保する体制が必要である、②事前の担当者間の調整や、実施後の報告書のまとめや実施後のモニタリングなど、事務局担当者の作業負担が大きい、などが挙げられる。

地域緩和ケア連携調整員研修

最後に、地域の緩和ケアの質を高める活動の1つとして、地域緩和ケア連携調整員研修について紹介する。本事業は、厚生労働省から国立がん研究センターが地域緩和ケアネットワーク構築事業の委託を受け、2016年度から実施されている⁹⁾。地域緩和ケア連携調整員研修は、地域全体でがん緩和ケアを提供できる基盤を作っていくことを目的に、地域のがん医療と緩和ケアに関する医療福祉機関、職能団体等が円滑に連携していくための、顔の見える関係づくり、体制づくり、地域づくりという観点からプログラムが構成されている

(図4)。本研修は、各地域の緩和ケア連携体制の構築状況に応じて、ベーシックコースとアドバンスコースの2種類を開催しており、受講後の施設を対象にフォローアップ研修も開催している。地域緩和ケア連携調整員は、地域の課題を抽出し解決に向けた取り組みを行っていくための事務局機能的な役割を担っていくものであり、緩和ケアチーム・緩和ケアセンターの役割としても求められる重要な機能の1つである。

今後の展望と課題

緩和ケアチームセルフチェックプログラムは、病院レベルでの質改善を図るプログラムであるが、都道府県全体で本プログラムを使用した取り組みも始まっている¹⁰⁾。都道府県内のすべてのがん診療連携拠点病院が本プログラムを利用し、施設単位での評価・改善に取り組みながら、都道府県単位での相互評価を行うものである。つまり、緩和ケアチームセルフチェックプログラムを用いた都道府県単位でのピアレビューである(図5)。本プログラムは、緩和ケアチームがPDCAサイクルを確保するための1つのツールでしかないが、ピアレビューを行う際のツールとしても有効ではないかと思われる。

しかし、本プログラムではケアのプロセスを評価・改善することにつながるが、真のアウトカムである患者・家族のQOLの向上に寄与できたかまでは評価できない。今後はさらに、患者報告アウトカムなどの指標を組み込みながら、自己評価である本プログラムと相互評価、第三者評価を行っていくことが必要と考える。

おわりに

本稿で紹介したプロジェクトは、国立がん研究センターがん情報センターの加藤雅志先生が注力されてきたものである。しかし、加藤雅志先生は急逝されてしまい、それは緩和医療分野にとっても大きな損失であり非常に残念でならない。ここに謹んで哀悼の意を表し、心からご冥福をお祈りしたい。加藤先生が取り組まれてきたプロジェク

トをさらに発展させ、緩和ケアチーム活動の質向上に取り組み続けることが、残された筆者らの役割と考えている。

文 献

- 1) 日本緩和医療学会：緩和ケアチーム登録〔<http://www.jspm.ne.jp/pct/pct.php>〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 2) 日本緩和医療学会：緩和ケアチームセルフチェックプログラム〔<http://www.jspm.ne.jp/pct/jishisetsu.html>〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 3) Nakazawa Y, Sakashita A, Kaizu M, et al. : A Self-Check Program Targeting Quality Improvement in a Hospital-Based Palliative Care Consultation Team, Japanese Society for Palliative Medicine: Issues Regarding Team Activities Identified through the Plan-Do-Check-Act Cycle. J Palliat Med 23 (3) : 359-367, 2020 doi:10.1089/jpm.2019.0236. Epub 2019 Oct 3.
- 4) 日本緩和医療学会：2018年度 緩和ケアチームセルフチェックプログラム Act から抽出された緩和ケアチームの代表的な課題・問題点〔http://www.jspm.ne.jp/pct/scp/2018ACT_category.pdf〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 5) 日本緩和医療学会：緩和ケアチームセルフチェックプログラムの活用例—より効果的な計画立案のポイントのご紹介〔http://www.jspm.ne.jp/pct/scp/SCP_example.pdf〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 6) 日本緩和医療学会：緩和ケアチームセルフチェックプログラムを4回実施した施設の表彰およびアンケート結果〔http://www.jspm.ne.jp/pct/scp/SCP_award2019_2.pdf〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 7) 厚生労働省：がん対策基本計画(第3期)〔<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196973.pdf>〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 8) 国立がん研究センターがん対策情報センター：都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会、第6回緩和ケア部会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会活動報告〔https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/p_care/shiryo6/pdf/02.pdf〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 9) 国立がん研究センターがん対策情報センター：地域緩和ケア連携調整員研修〔https://ganjoho.jp/med_pro/training/care/index.html〕(2021.10.8 最終閲覧)
- 10) 国立がん研究センターがん対策情報センター：都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会、第7回緩和ケア部会、都道府県単位で取り組む緩和ケアの質の向上について〔https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/p_care/shiryo7/pdf/02.pdf〕(2021.10.8 最終閲覧)

2. 緩和ケアチームの質の向上に関する取り組み —患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチーム 介入の評価に関する多施設パイロット・スタディ

宮下光令 平山英幸

(東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

はじめに

本稿では、患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチーム介入の評価に関して論じる。まず、国内外の先行研究をレビューし、その後日本緩和医療学会が実施した緩和ケアチーム介入の評価に関するパイロット・スタディの結果を報告する。

緩和ケアチームの質の評価：国内外の現状

1. 緩和ケアチームの質の評価

医療の質の評価は Donabedian が定義したように「1. 構造（ストラクチャ）」「2. 過程（プロセス）」「3. 結果（アウトカム）」に分けてなされることが多い¹⁾。わが国の緩和ケアチームにあてはめて考えると、ストラクチャは医療体制の整備に関するものであり、国内に十分な数の緩和ケアチームがあるか、緩和ケアチームの構成員は妥当なものであるかなどが該当する。同様にプロセスは望ましい医療が実施されているかということであり、緩和ケアチームが診察する患者数やカンファレンスの開催頻度などがこれにあたる。このストラクチャとプロセスに関しては、主として日本緩和医療学会の専門的・横断的緩和ケア推進委員会が実施している緩和ケアチーム登録でわが国の状況がモニタリングされている。

しかし、アウトカムに関しては、わが国を代表するようなデータは蓄積されてこなかった。緩和ケアにおけるアウトカムとは患者の苦痛の程度やQOLなどが一般的であるが、緩和ケアチームに

紹介される患者は心身ともに脆弱であり、患者自身が評価することが困難であることや、評価にあたり緩和ケアチーム側の負担があることなどが理由として考えられる。

2. 海外における先行事例

ここで話を海外の先行事例に向けよう。海外における緩和ケアチームの評価には歴史があり、ランダム化比較試験や疑似ランダム化比較試験・観察研究などが精力的に行われてきた。Higginsonらが2002年に出版した英国や欧州を中心とした10研究のレビューでは、緩和ケアチームは効果はそれほど大きくないものの有効であると結論づけられている²⁾。

その後、米国で早期からの緩和ケアに関する研究が進んだことなどにより、同じく Higginsonらは、院内コンサルテーション型チームだけでなく、在宅や緩和ケア病棟なども含んだ専門的緩和ケアサービスの効果に関するレビューを2010年に出版している。そこでは、専門的緩和ケアサービスは総じて痛みやその他の症状のコントロール、不安などに有効であることが示された³⁾。しかし、これらのランダム化比較試験は限られた集団に対するものであり、疑似ランダム化試験・観察研究も単施設・少数施設によるものが多く、一般化可能性に劣ることという限界があった。

3. オーストラリアの PCOC (Palliative Care Outcome Collaboration)

ここで、一般化可能性という問題にチャレンジしたオーストラリアにおける取り組みを紹介する。2005年に開始された PCOC (Palliative Care

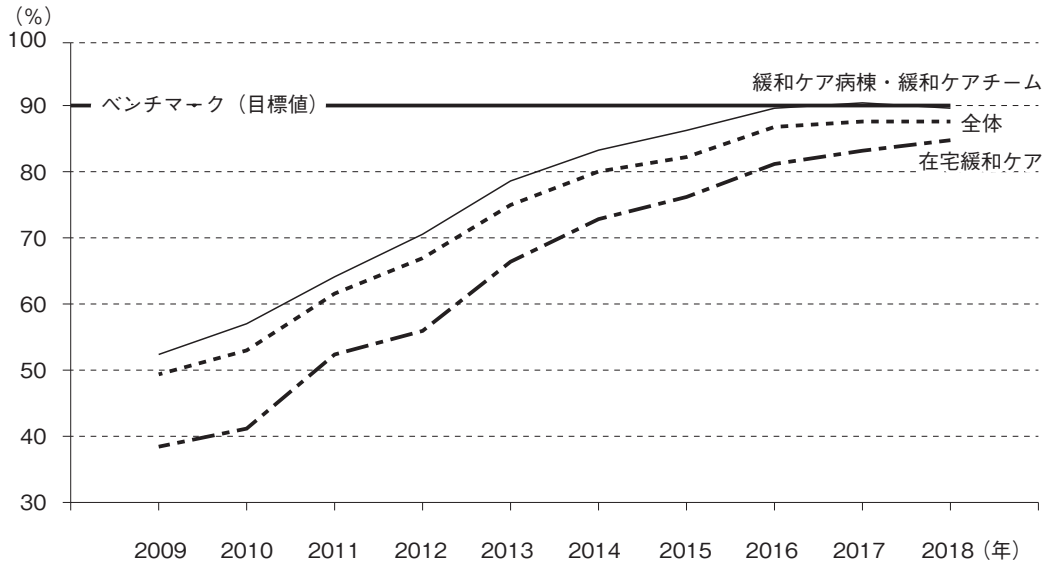


図1 PCOCの結果の一部（介入開始時に緊急対応が必要だった症状が3日以内に改善した患者の割合の変化）

Outcome Collaboration) プロジェクトは、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアなどの複数の専門的緩和ケアサービスがお互いにデータを収集し、自らのケアを振り返り、ベンチマーキングを行うものである。当初の参加施設は数施設であったが、国のプロジェクトになったこと、そして、その意義が広く認識されるようになったことなどから、現在では180を超える専門的緩和ケアサービスが参加し（オーストラリアの人口は日本の1/5である）、専門的緩和ケアを受ける患者の80%、非がんを含む総死亡の25%の患者が登録されている。比較研究ではないものの、いわゆる「リアルワールド」の結果を反映していると考えてよい。

PCOCでは、毎日、痛みやその他の身体症状、心理症状などを患者報告型アウトカム（患者が自分で記入もしくはインタビューに答えることにより評価すること）によって記録され、定期的にデータが中央登録される。中央センターではそのデータについて施設ごと、施設間の違いを分析し（これをベンチマークと呼ぶ）、各施設への教育的フィードバックも行っている。このPCOCの大きな成果は活動を続けることにより、経年的に全国の緩和ケアの質が向上することを示したことである。

図1はPCOCの結果の一部で、介入開始時に緊急対応が必要だった症状が3日以内に改善した患者の割合の経年変化を示したものである（PCOCでは緩和ケアチームと緩和ケア病棟をまとめてinpatient serviceとしている）。図1に示した指標ほど急激な改善ではないが、痛みやその他の症状などでも同様の経年的な変化がみられている。単に症状を測定して治療やケアに反映するだけではなく、それらを集計し、教育的なフィードバックまで行った成果と考えられる^{4,5)}。

PCOCは毎年シンポジウムを行っており筆者も参加したことがあるが、世界中から関心をもった臨床家や研究者が参加しており、同様の取り組みが普及しつつある。特に台湾では緩和ケア病棟においてPCOCのシステムを用いてまったく同じようなデータ収集を開始している。似たような取り組みとしては米国のPCQC (Palliative Care Quality Collaborative) がある。PCOCを意識したとしか思えないこの名称の取り組みは、PCOCよりもより広い範囲で専門的緩和ケアを受ける患者の特性や痛みなどの患者報告アウトカムなどを登録するシステムのようなものである。まだ開始してから日が浅く、われわれが手に入る情報に限りがあるが、このシステムを用いてCOVID-19患者に対する専門的緩和ケア介入の報告が最近出版された⁶⁾。

4. わが国における緩和ケアチームのアウトカム評価

さて、話を再度日本に戻そう。わが国においても緩和ケアチームの介入の効果を検証する取り組みはなされてきたが、単施設の医療者評価によるものや^{7,8)}、単施設の患者評価によるものに限られてきた^{9,10)}。日本において緩和ケアチームの有効性はいまだ明らかとはいえない現状であった。

日本緩和医療学会による患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチーム介入の評価に関する多施設パイロット・スタディ

1. 背景

2002年の緩和ケア診療加算、2007年のがん対策基本法の施行およびその前後のがん診療連携拠点病院の指定と緩和ケアチーム設置の義務化などにより、わが国には現在1,000を超える緩和ケアチームが存在する。しかし、前項で述べたように、全国レベルで緩和ケアチームがどれだけ患者の症状緩和などに貢献しているかは明らかでない。そこで、日本緩和医療学会では緩和ケアチーム登録を行っている専門的・横断的緩和ケア推進委員会に緩和ケアの質評価WPG（Working Practitioner Group）を構成し、将来的に緩和ケア病棟や在宅緩和ケアに広げることを念頭に、まずは緩和ケアチームがどれだけ患者の症状緩和などに貢献しているかを明らかにするための方略の検討を開始した。そこで、海外の先行研究をレビューした結果、オーストラリアのPCOCのようなシステムの日本への導入の可能性を検討することになった。

しかし、PCOCのように1年間を通して毎日すべての患者からデータ収集することは、日本の現状を考えるとマンパワー的に困難なことが予想された。そもそも患者報告型アウトカムの収集すら一般的ではなく、どれだけのがんデータが収集できるかも分からない。日本では1年間を通してのデータ収集は非常にハードルが高く、たとえば1年のうち1カ月だけデータ収集し、実態の把握と年次

推移を検討するほうが現実的かもしれない。そこでわれわれは、まずは患者報告型アウトカムを収集し、中央登録するシステムの開発を行い、実際に数施設で短期間試用するためのパイロット・スタディを行うことにした。

2. 目的

国内の複数施設においてがん、非がんを問わず、入院患者に対する緩和ケアチーム介入による症状改善の程度を患者報告型アウトカムで評価するためのシステムの開発を行い、その実施可能性を検討する。同時に、わが国の緩和ケアチームの介入を受ける患者の特性や介入の実態についてのデータも収集する。

3. 方法

研究デザインは、多施設前向き観察研究である。調査は、2021年2～8月に緩和ケアチームを有する国内8施設で実施した。

4. 対象

対象は1カ月の新規患者登録期間に緩和ケアチームが新規介入依頼を受けたすべての入院患者とし、緩和ケア診療加算算定の有無や疾患、年齢、病期は問わないこととした。

5. 調査項目

患者報告型アウトカムは、IPOS（Integrated Palliative care Outcome Scale）¹¹⁾ または ESAS-r-J（Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version）¹²⁾ のどちらかを施設が選択できるようにした。尺度の統一を行わなかった理由は、今後、全国に展開する場合に、各施設が日常的に用いている尺度があれば、できるだけ変更を最小限にするためである。IPOSは5段階のVerbal Rating Scaleであり、ESAS-r-Jは11段階のNumerical Rating Scaleであるため、この2つの方法どちらかであれば多くの施設で導入が可能であると考えた。IPOSとESAS-r-Jは医療者の評価も可能であるため、患者評価と同時に医療者評価も実施した。

患者の状況として、患者の全身状態を医療者が

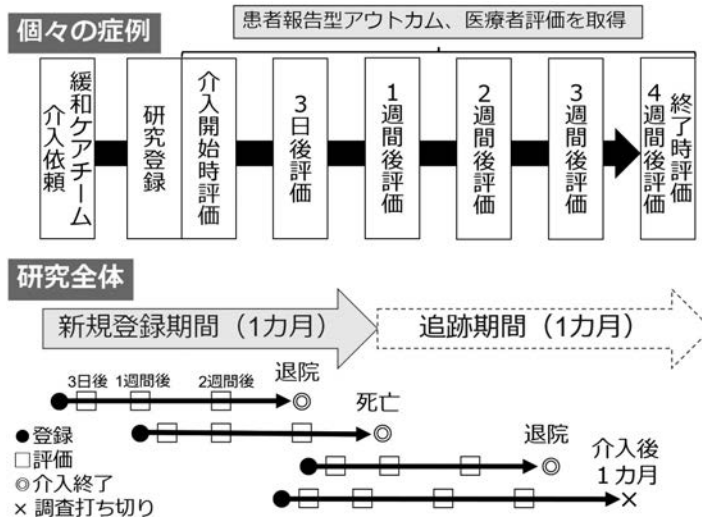


図2 調査スケジュール

評価する AKPS (Australia-modified Karnofsky Performance Status)¹³⁾、緩和ケアにおける病期を医療者が評価する尺度である Phase of Illness を測定した¹⁴⁾。緩和ケアチームへの依頼内容や介入内容は、Sasahara らの先行研究に項目を追加して収集した¹⁵⁾。

6. データ収集システム

データ収集には、臨床試験などで用いられるセキュリティが確保されたインターネットを通じたデータ収集システムである REDCap を用いた。データ収集のスケジュールを図2に示す。個々の患者に対して緩和ケアチームの介入開始から3日後と、1週間ごとに患者報告型アウトカムおよび医療者の評価を行った。各対象者の観察期間は介入開始日を起点として1カ月とし、介入が終了しなかった場合は1カ月で観察終了とした。

患者報告型アウトカムは、自記式質問紙または緩和ケアチームが持参するタブレット端末を用いて、患者の記入もしくは医療者の聞き取りによって収集・登録した。

7. 統計解析

統計解析において、IPOS と ESAS-r-J は得点範囲が違うため、IPOS のスコアを2.5 倍し、ESAS-r-J に合わせた0～10 点のスコアとして

扱った。介入の効果の指標としての改善割合は各症状評価尺度において、介入時に重度以上だった患者のうち、中等度以下に改善した患者の割合と、介入時に中等度以上だった患者のうち、軽度以下に改善した患者の割合の2種類を算出した。この重症度の分類は重度 (IPOS : 3-4, ESAS : 7-10, 中等度 (IPOS : 2, ESAS : 4-6), 軽度 (IPOS : 1, ESAS : 1-3) とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した (受付番号 2020-1-944)。

9. 結果

国内の8施設で患者登録システムを運用し、318 人が登録された。患者フローを図3、対象者背景を表1に示す。

また、緩和ケアチームへの介入依頼内容を表2に示す。介入依頼内容 (複数回答) で多かったものは、痛みが52% (n=166)、不安 / 抑うつ / 悲嘆 / 気持ちのつらさが30% (n=96) であった。患者の転帰および、緩和ケアチームの実際の介入内容を表3に示す。転帰で多かったものは退院 (死亡 / 転院 / 在宅導入を除く) が36% (n=113) であり、実際の介入内容で多かったものは、患者

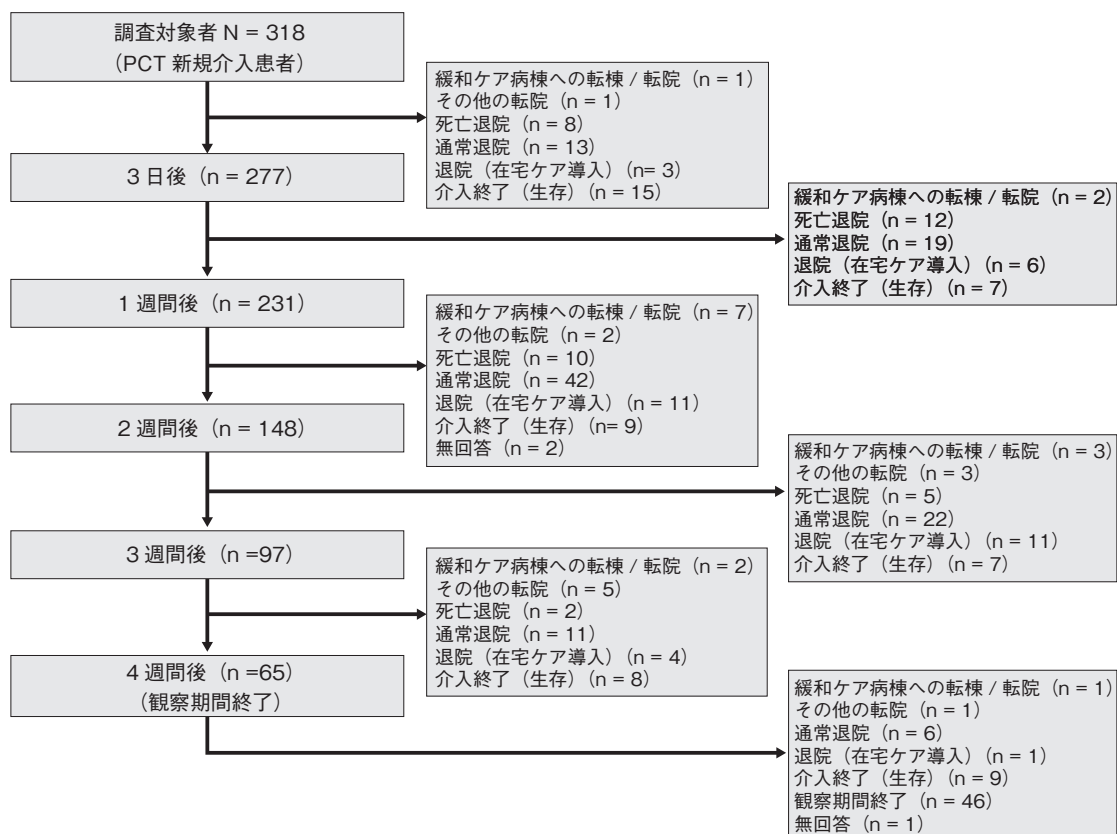


図3 対象者フロー

の身体症状のケア 69% (n=220), 患者の精神症状のケア 58% (n=183) であった。

緩和ケアチーム介入時の症状スコアの重症度分布を図4に示し、次いで緩和ケアチーム介入時から1週間後のPROによる症状の改善割合について図5に示す。重度から中等度以下に改善した割合で60%を越えた項目は12項目、重度/中等度から軽度以下に改善した割合で60%を越えた項目は2項目であった。緩和ケアチーム介入時から各症例の最終回答までのPROによる症状の改善割合について図6に示す。重度から中等度以下に改善した割合で60%を越えた項目は14項目、重度/中等度から軽度以下に改善した割合で60%を越えた項目は5項目であった。

10. 考 察

本研究はわが国において、多施設で患者報告型アウトカム (PRO) を用いて非がんを含めた入院

患者に対する緩和ケアチームの介入効果を評価した最初の研究である。

本研究の主な知見は、以下の2つである。①わが国の緩和ケアチーム介入による症状改善をPROで評価した結果、介入時に重度/中等度だった症状が介入から1週間後に軽度以下に改善した割合は、嘔吐、気がかりの対応で60%を上回ったが、その他の症状では60%を下回った。最終回答時では嘔吐、気がかりの対応、呼吸困難感、吐き気、便秘の5項目が60%を上回った。

ここで、改善した割合が60%を区切りとした理由は、オーストラリアで実施されているPCOCが最終回答までの成果として60%を目標値にしているからである。PCOCの最新の調査では、痛みが61%、倦怠感が58%、呼吸困難感が55%と報告している⁴⁾。本研究をPCOCと比較する場合には各症例の最終回答までの改善が適切であり、最終回答までの改善割合は痛みが37%、倦怠感

表 1 対象者背景 (N=318)

		n	(%)			n	(%)
年齢	(平均 ± 標準偏差)	64.3 ± 19.2		CCS	0	235	(74)
性別	男性	162	(51)	(Communication	1	35	(11)
	女性	156	(49)	Capacity Scale)	2	22	(6.9)
療養場所	一般病棟	304	(96)		3	22	(6.9)
	集中治療室	6	(1.9)	AKPS	100	18	(5.7)
	救急	5	(1.6)	(Australia-modified	90	50	(16)
	がん集学治療センター	1	(0.3)	Karnofsky Performance	80	34	(11)
疾患	がん	274	(86)	Status)	70	23	(7)
	非がん	43	(14)		60	40	(13)
再発 (がんのみ)	あり	89	(32)		50	29	(9.1)
転移 (がんのみ)	あり	161	(59)		40	30	(9.4)
現在の治療 (がんのみ)	未治療 (今後予定)	13	(4.7)		30	38	(12)
	BSC	54	(20)		20	41	(13)
	化学療法	76	(28)		10	9	(2.8)
	放射線治療	19	(6.9)	Phase of illness	安定期	68	(21)
	化学放射線療法	11	(4.0)		不安定期	141	(44)
	手術	47	(17)		増悪期	87	(27)
	その他	83	(30)		死亡直前期	14	(4.4)
予後予測 (サブライズクエスチョン)	7 日以内	69	(22)				
	1 カ月以内	69	(22)				
	半年以内	89	(28)				
	1 年以内	21	(6.6)				
	1 年以上	58	(18)				

BSC：ベストサポーターケア、CCS：スコアが高いほどコミュニケーションが難しい、AKPS：スコアが高いほど全身状態が良好

重度→中等度以下：介入時に重度の症状があった患者が各患者の最終回答時に中等度以下に改善した割合

重度 / 中等度→軽度以下：介入時に重度か中等度の症状があった患者が各患者の最終回答時に軽度以下に改善した割合

が39%，呼吸困難感が67%であった。呼吸困難感はおーストラリアの目標値を達成しているが、痛みと倦怠感については目標値およびPCOCの結果を下回っていた。しかし、PCOCの結果は緩和ケアチームだけでなく緩和ケア病棟も含めた専門的緩和ケア全体の結果であり、緩和ケアチームが介入した患者のみのデータが公表されていないため、本研究と単純に比較することは難しい。しかし、死が近く身体症状が急激に悪化する恐れがある緩和ケア病棟に比べて、緩和ケアチームのほうが症状の改善が見込まれる可能性があるため、日本の緩和ケアチームは症状緩和においてオース

トラリアより劣る可能性がある。

本研究では、緩和ケアチームが幅広いニーズに対応しており、先行研究と比較して早期からの緩和ケアの割合が増えていることが示された。介入依頼内容の詳細を比較すると、2010年に実施されたSasaharaらの研究vs本研究では、痛み(63% vs 52%)、病状の理解 / 治療の選択(2.8% vs 7.2%)、抗がん剤治療の副作用に対する不安(1.5% vs 3.8%)、経済・社会復帰に関わる問題(1.8% vs 3.5%)と10年前と比較して、診断期や治療期の問題への対応の割合が増加している¹⁵⁾。対象患者の病期を比較しても、Sasaharaらの研

表2 緩和ケアチームへの介入依頼理由（複数回答）（N=318）

		n	(%)
身体 / 薬剤	痛み	166	(52)
	倦怠感	35	(11)
	便秘	11	(3.5)
	食欲低下	35	(11)
	嘔気・嘔吐	22	(6.9)
	浮腫・リンパ浮腫	7	(2.2)
	呼吸困難・咳・痰	48	(15)
	腹部膨満感・腹水	15	(4.7)
	眠気	4	(1.3)
	現在の症状緩和方法の評価	30	(9.4)
	薬剤の選択 / 投与量または投与経路の変更	33	(10)
	その他	28	(8.8)
精神 / スピリチュアル	不安・抑うつ・悲嘆・気持ちのつらさ	96	(30)
	不眠	34	(11)
	せん妄（不穏・混乱）	29	(9.1)
	スピリチュアルな問題	12	(3.8)
	その他	22	(6.9)
がんの診断 / 治療	診断・治療に関する理解と選択	23	(7.2)
	抗がん剤治療の副作用に対する不安や心配	12	(3.8)
	医療者とのコミュニケーションにおける困難	9	(2.8)
	その他	1	(0.3)
社会的問題	経済・社会復帰に関わる問題	11	(3.5)
	介護者の不在	12	(3.8)
	その他	1	(0.3)
家族の問題	不安・抑うつ・悲嘆・精神的負担	16	(5.0)
	実際の知識・技術不足	1	(0.3)
	診断・治療に関する問題	4	(1.3)
	その他	7	(2.2)
療養場所の問題		47	(15)
倫理的問題		5	(1.6)
今後に備えた関係づくり		21	(6.6)
その他		18	(5.7)

究ではがんの治療前・中であった患者は39%と報告されているが、本研究では60%で増加しており、緩和ケアチームが対象とする患者は終末期だけでなく、診断期や治療期にも拡がりをみせていることが分かる。

11. 調査の実施可能性

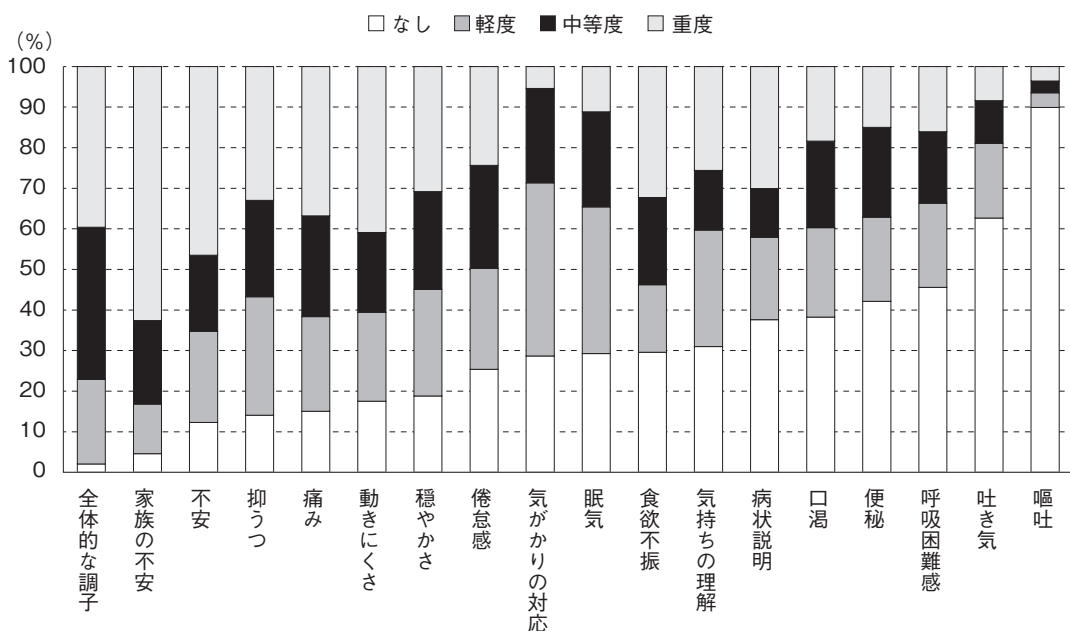
本調査の目的は緩和ケアチーム介入による症状改善の程度を患者報告型アウトカムで評価するためのシステムの開発を行い、その実施可能性を検討することであったため、終了後に各施設に対して、感想や改善が必要な点などについてインタ

表3 転帰および実際の介入内容 (N=318)

	n	(%)
転帰		
緩和ケア病棟への転棟 / 転院	16	(5.0)
その他の転院	12	(3.8)
死亡退院	37	(12)
退院 (死亡 / 転院 / 在宅導入を除く)	113	(36)
退院 (在宅ケア導入)	36	(11)
介入終了 (生存)	49	(15)
介入継続中だが観察期間終了	52	(16)
実際の介入内容		
患者の身体症状のケア	220	(69)
患者の精神症状のケア	183	(58)
包括的な評価	174	(55)
鎮痛薬の調整	134	(42)
薬物的治療	117	(37)
その他	75	(24)
精神科医による診療	65	(20)
向精神薬の調整	63	(20)
患者の意思決定支援	57	(18)
せん妄のケア	56	(18)
療養場所の意思決定支援	54	(17)
家族の支援	53	(17)
臨床心理士による面談	53	(17)
スタッフの支援	37	(12)
多職種のコーディネート	31	(10)
医療スタッフのアセスメント	21	(6.6)
スピリチュアルな問題の対応	18	(5.7)
緩和ケアチーム内の調整	14	(4.4)
在宅患者の支援	13	(4.1)
専門家への紹介	11	(3.5)
持続的な鎮静の検討	11	(3.5)
倫理的問題の支援	9	(2.8)
輸液に関する検討	9	(2.8)
メサドンの使用	5	(1.6)
医療処置 / 検査	3	(0.9)
脊髄鎮痛法	1	(0.3)

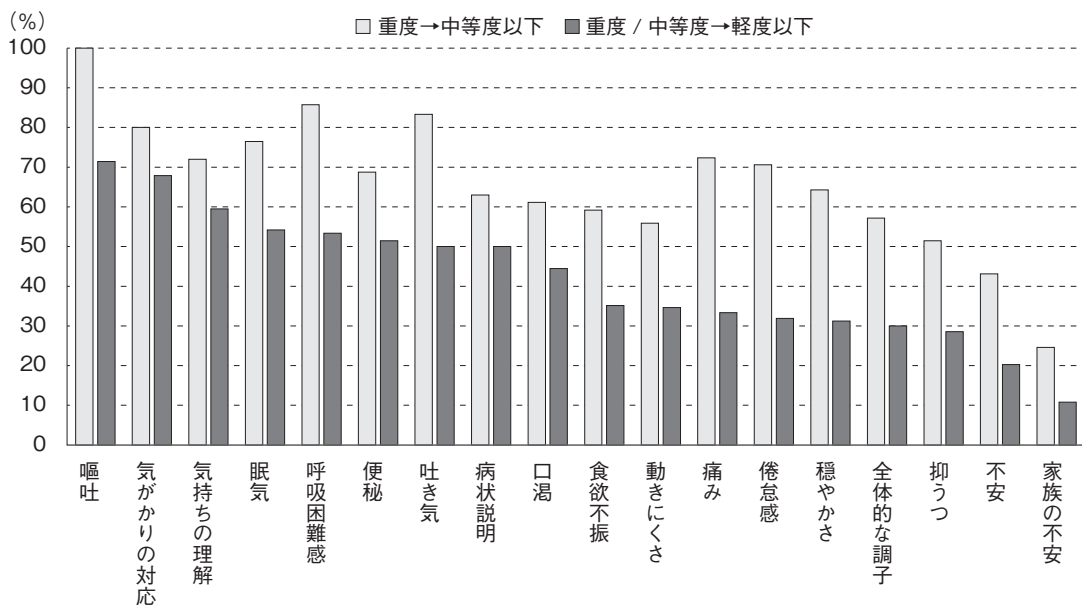
ビュー調査を行った。その結果を主題分析および内容分析したものを表4に示す。結果を簡単にまとめると、以下ようになる。

1) 今回作成したシステムでは、医療者の負担が大きく、全国の緩和ケアチームに広げることは難しい。



なし : IPOS = 0, ESAS = 0, 軽度 : IPOS = 1, $1 \leq \text{ESAS} \leq 3$, 中等度 : IPOS = 2, $4 \leq \text{ESAS} \leq 6$, 重度 : $3 \leq \text{IPOS} \leq 4$, $7 \leq \text{ESAS} \leq 10$

図4 緩和ケアチーム介入時の症状スコアの重症度分布 (N=318)



重度→中等度以下 : 介入時に重度の症状があった患者が1週間後に中等度以下に改善した割合

重度 / 中等度→軽度以下 : 介入時に重度か中等度の症状があった患者が1週間後に軽度以下に改善した割合

図5 緩和ケアチーム介入から1週間後のPROによる症状スコアの改善割合

2) 医療者の負担や患者の負担を軽減するため、調査項目を減らす、患者の聞き取りの方法を工夫するなどの検討が必要である。

3) 患者報告型アウトカムを用いることは、医療者にとって全般的なアセスメントが可能となる、コミュニケーションツールになるなどの利点

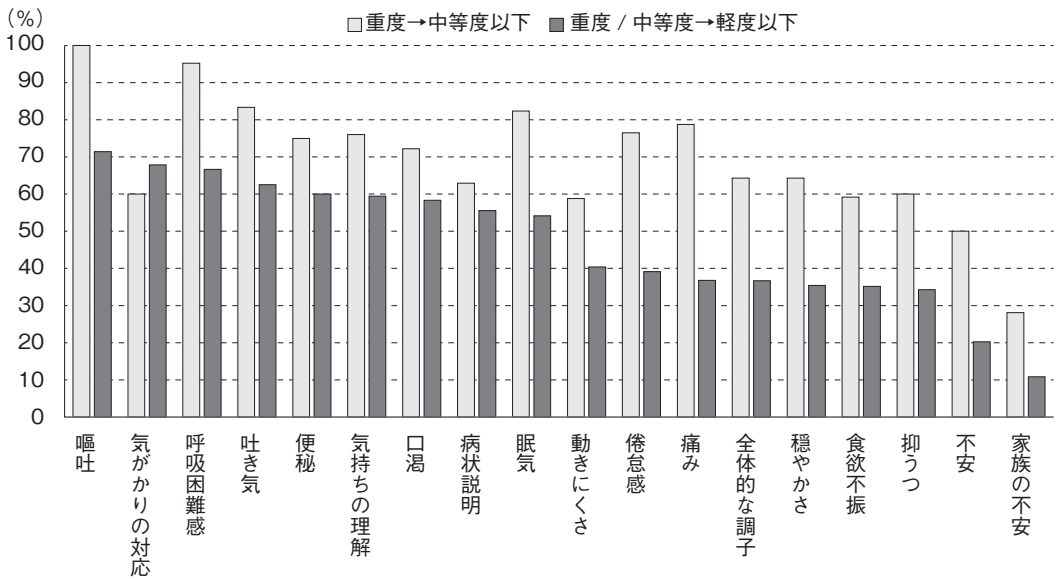


図6 緩和ケアチーム介入から各症例の最終回答までのPROによる症状スコアの改善割合

がある。また、患者にとっても自分の体調を把握し、自己効力感が高まるなどの利点がある。

12. 研究の限界

本研究の限界は5つある。まず初めに、今回は緩和ケアチームに新規介入依頼のあった入院患者を対象としており、診断後や治療後に外来でも継続的に介入している患者は今回対象外となっている。2つ目に、今回の調査期間中にCOVID-19の流行により緩和ケアチームの活動が制限された施設もあり、患者を直接訪室できない期間があったため、継続的にデータ収集ができていない症例が含まれている。また、家族の面会が制限されていた施設があり、家族の不安や気持ちの理解に関する症状については改善が難しい環境であった可能性や評価が正確ではない可能性がある。3つ目に、本研究の結果は緩和ケアチームによる介入だけでなく、それぞれの患者の主診療科による治療の影響を受けている。そのため、症状の変化は緩和ケアチームによる影響のみではないことに注意が必要である。4つ目に、国内8施設と限られた施設での結果であり、国内全体で結果を一般化することができない。しかし、対象施設は様々な地域性や機能を持った病院であり、一定の多様性のある

施設で実施されている。5つ目に2つの症状評価尺度を使用しているが、IPOSとESASは同じ聞き方ではなく、スケールも異なるものであるが、今回は比較のためスケールを統一し、同じ症状について質問している項目は同じものとして扱っている。

13. 結論

本研究では、患者報告型アウトカムを用いて緩和ケアチームの介入効果の評価および実態調査を行うため、多施設で前向き観察研究パイロット調査を実施した。緩和ケアチーム介入によって呼吸困難感、吐き気、嘔吐、便秘、気かきの対応の5項目で介入時に中等度以上だった症状が各症例の最終回答時までには軽度以下に改善した割合が60%を上回るなど、患者報告型アウトカムを用いて、わが国で初めて緩和ケアチームの介入効果を多施設で明らかにすることができた。

しかし、実施可能性に関しては十分とはいえなかった。患者報告型アウトカムを用いることの患者側、医療者側の利点も多く語られたが、実際にデータ収集し報告するためには医療者側の負担が多く、この仕組みをそのまま日本緩和医療学会として全国展開することは難しいと考えられた。今

表4 調査参加施設へのインタビュー結果のまとめ（カッコ内は回答は発言があった施設数）

医療者の負担	スケジュール管理（7） 固定された評価日（7） 症状の強い患者・症状に変化がない患者への調査（5） データ入力（4） 症例数の多さ（3） 全体マネジメント（2）
患者の負担	毎回全項目の聴取（5） 数値化の難しさ（4） 精神・社会面の質問（4） 体調不良時の調査（3） 問者の理解力（1） 苦痛を考えることの苦痛（1）
時間的負担	1人あたり10分～30分程度 全体のマネジメントに1時間以上 データ入力、スケジュール管理に時間がかかった
医療者のメリット	全般的な評価が可能（4） 介入目的以外の症状の発見（3） コミュニケーションツール（3） 定期評価のきっかけ（2） PROと医療者評価の差を再認識（2） 症状の数値化（2）
患者のメリット	自分の体調を把握し、自己効力感が高まる（6） 依頼があった症状以外への介入（2） 評価慣れする（2） 聞くこと自体がケア（2） 考える時間を持てた（1）
調査項目	精神社会的な項目の検討（3） 調査項目の統一（2） 項目は最小限が望ましい（2） 毎回全項目回答の必要性（1） 患者評価可能時の医療者評価の必要性（1） 包括的な評価は継続すべき（1） 追加した方がいい項目
入力システム	スケジュール管理が使いにくい（4） 氏名の表示（4） 入力したデータのアクセスが悪い（時系列データ表示）（4） 慣れれば問題なかった（4） 日本語表記が望ましい（3） 電子カルテと連携してほしい（3）
タブレット	聞き取りは紙が使いやすい（患者の使用は難しい）（6） 慣れた人はスムーズ（3） 医療者の入力には有用（1） 1チーム1タブレットでは難しい（1） その場で入力できないことも多い（1）
その他、改善が必要な点	項目・評価タイミングの検討（4） 日常診療へのメリットがある運用（2） データ入力者（2） 現場の負担は大きい／モチベーションは低い（2） 1カ月だけの調査で十分か（1）

後、全国展開を考える場合には、データ収集方法などの大幅な簡略化などを検討する必要がある。

文 献

- 1) Donabedian A : The quality of care. How can it be assessed? JAMA 260(12):1743-1748, 1988
- 2) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al : Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? J Pain Symptom Manage 23(2):96-106, 2002
- 3) Higginson IJ, Evans CJ: What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? Cancer J (Sudbury, Mass.) 16(5):423-435, 2010
- 4) Palliative Care Outcome Collaboration. [https://www.uow.edu.au/ahsri/pcoc/.]
- 5) Clapham S, Daveson BA, Allingham SF, et al: Patient-reported outcome measurement of symptom distress is feasible in most clinical scenarios in palliative care: an observational study involving routinely collected data. Int J Qual Health Care 33(2), 2021
- 6) Kamal AH, Thienprayoon RM, Aldridge M, et al: Specialty Palliative Care in COVID-19: Early Experiences from the Palliative Care Quality Collaborative. J Palliat Med 24(11):1689-1696, 2021
- 7) Morita T, Fujimoto K, Tei Y: Palliative care team: the first year audit in Japan. J Pain Symptom Manage 29(5):458-465, 2005
- 8) Iwase S, Murakami T, Saito Y, et al: Preliminary statistical assessment of intervention by a palliative care team working in a Japanese general inpatient unit. Am J Hosp Palliat Care 24(1):29-35, 2007
- 9) Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, et al: Multiple evaluation of a hospital-based palliative care con-

- sultation team in a university hospital: activities, patient outcome, and referring staff's view. *Palliat Support Care* 8(1):49-57, 2010
- 10) 新家 治, 坂下 明, 石橋 有, 他: 緩和ケアチーム介入によるがん患者 QOL の変化についての検討. *Palliat Care Res* 7(2):368-373, 2012
 - 11) Sakurai H, Miyashita M, Imai K, et al: Validation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) – Japanese Version. *Jpn J Clin Oncol* 2019
 - 12) Yokomichi N, Morita T, Nitto A, et al: Validation of the Japanese Version of the Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *J Pain Symptom Manage* 50(5):718-723, 2015
 - 13) Abernethy AP, Shelby-James T, Fazekas BS, et al: The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]. *BMC Palliat Care* 4:7, 2005
 - 14) Masso M, Allingham SF, Banfield M, et al: Palliative Care Phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study. *Palliat Med* 29(1):22-30, 2015
 - 15) Sasahara T, Watakabe A, Aruga E, et al: Assessment of reasons for referral and activities of hospital palliative care teams using a standard format: a multicenter 1000 case description. *J Pain Symptom Manage* 47(3):579-587.e576, 2014

3. がん治療と緩和ケアの統合

多田羅竜平 北田なみ紀

(大阪市立総合医療センター 緩和ケアセンター)

がん治療と緩和ケアの統合への潮流

1967年、Saundersらはセント・クリストファー・ホスピスにおいてがん終末期の患者たちを主たる対象とした多職種の緩和ケアの実践、研究、教育を始めた。当ホスピスでの取り組みは世界に大きな影響を与え、各国においてさまざまな形でホスピス・緩和ケアの実践が広がっていった。緩和ケアの普及に伴い、がん治療を終了した終末期の患者だけでなく、がん治療と並行して緩和ケアを提供する取り組みにも関心が高まり、多職種の緩和ケアチームの活動が発展してきた。こうして緩和ケアのフィールドでは、WHOの緩和ケアの定義¹⁾(2002年)に病気の早い段階からがんの治療と並行して適用しうることが明記されるなど、「早期からの緩和ケア」の提供に向けて国際的に促進が図られてきた。

さらに21世紀に入り、がん治療のフィールドにおいても包括的ながん医療の一環として緩和ケアをがん治療と統合するという考え方への関心が高まってきた。なかでも、2010年に腫瘍内科医のTemelらによって発表された、転移のある非小細胞肺癌患者を対象にした無作為化比較試験の報告²⁾は、診断後早期から自動的に専門的な緩和ケアが導入されることによって、従来の主治医からの紹介に基づいて導入されるのと比べて、QOLや抑うつ³⁾の改善だけでなく、生存期間も延長を示したということで国際的に大きな注目を集め、がん治療と緩和ケアの統合に向けての方向性を決定づけた。以降も数多くの追試が行われ、がん治療と緩和ケアの統合により、QOL、症状緩和、患者の満足度、エンド・オブ・ライフの質の向上などにつながることが示された。

こうした経過を経て、米国臨床腫瘍学会(ASCO)によってがん治療と緩和ケアの統合に向けたガイドライン³⁾が作成され、早期からがん患者に適切なタイミングで専門的な緩和ケアを提供することが提唱されると共に、多職種の緩和ケアチームの役割として、苦痛な症状の緩和と全人的ケア、患者・家族の心理・情緒的なサポート、がん治療担当者と患者との橋渡し役となることなどが示された。また、実際がん治療と緩和ケアを統合するにあたって、誰にいつから緩和ケアを導入するのが課題となるなか、治療を担当する医療者や患者自身のニーズに基づく緩和ケアの導入に加えて、緩和ケアに紹介するタイミングについての国際的なコンセンサス⁴⁾として「予後12カ月未満で診断後3カ月以内」「化学療法のセカンド・ライン導入後もがんが進行しているとき」など具体的な推奨が示されるなど、がん治療と緩和ケアの統合における標準化の試みも進められつつある。

わが国のがん対策としての「診断時からの緩和ケア」

2007年に制定された「がん対策推進基本計画」⁵⁾では、重点的に取り組むべき課題として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が掲げられ、がん診療連携拠点病院を中心に緩和ケアチームを整備し、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催、緩和ケアの地域連携など、がん医療における緩和ケアの実施が政策として取り上げられることとなった。しかし、その後もがん疼痛の緩和が不十分なことや精神心理的苦痛への対応が不十分なことなどの指摘もあり、2012年に改訂

された「第2期がん対策推進基本計画」⁶⁾において、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点課題に位置づけられた。具体的には、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げるために、さまざまな苦痛のスクリーニングを診断時から実施することや、患者や家族らの心情に十分に配慮した病状説明や意思決定の体制づくり、緩和ケア外来の整備など、診断時からがん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備することが明記された。さらに「第3期がん対策推進基本計画」⁷⁾においては、都道府県および高度型のがん診療拠点病院における緩和ケアセンターの整備が提唱され、緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営、緊急緩和ケア病床における症状緩和、がん看護カウンセリング（がん看護外来）などの院内緩和ケアの機能強化に加え、地域緩和ケア連携の拠点機能などの体制整備も求められることとなった。

こうしてわが国では政策主導によって、全国のがん診療連携拠点病院を中心に「診断時からの緩和ケア」の実践が進められている。一方、それをどのように臨床現場の実践に落とし込み、拡大させていくかは、各施設の大きな課題となっている。当院もがん診療連携拠点病院（高度型）として緩和ケアセンターの整備を行いながら、いつ・だれが・どこで・どのように「診断時からの緩和ケア」を提供するのか、ひいては「がん治療と緩和ケアの統合」のシステム構築に向けて模索を続けている。

当院における「がん治療と緩和ケアの統合」の取り組み

1. 緩和ケアチームの人員体制

当院に緩和ケアチームが発足した当初は専従の医師1名、看護師1名の体制で、入院患者の病棟ラウンドおよび半日の緩和ケア外来を週2回行っていた。

2012年に専従看護師が3名に増員となったことにより、「がんを患うことによって全人的に及ぼされる影響を患者・家族と共有し、病気・治療への対処能力や家族機能を高める役割」や「身体

症状への専門的緩和ケアが必要と考えられる場合、迅速に緩和ケアチームの医師につなげる役割」が緩和ケアチームに生まれた。

2014年、緩和ケア外来が全日診療体制となるのに合わせて、診断期から意思決定支援に関わり、入院・外来・在宅、いずれの場においても支援を継続するという現在の形が定着した。2015年、緩和ケアセンターが設置されることによって人員を拡充し、当院の緩和ケアシステムはさらにがん治療医をはじめとした多職種・地域と有機的につながるチーム医療をもたらしした。2021年現在、緩和ケアセンターには、がん看護専門看護師2名、緩和ケア認定看護師1名、がん疼痛看護認定看護師1名、乳がん看護認定看護師1名、放射線看護認定看護師1名、がん専門相談員1名、リンパ浮腫セラピスト1名の合計8名の専従看護師が配置されている。これらの看護師がおのおのの専門性を生かして早期から各領域でがん患者のサポートに関わることで、あえて「緩和ケア」という看板を掲げることなく、自然な流れのなかで専門的な緩和ケアへとつながるシステムが実現しつつある。その結果、依頼件数は1,000件前後に安定し（表1, 2）、「診断から初期治療前」の時期にある患者についての依頼が全体の半数を占めるようになった。現在、緩和ケアチームへの依頼は、全体の8割が診断から治療期の患者である（図1）。

2. 当院の緩和ケア提供システムの特徴

1) アクセスのしやすさ

緩和ケアチーム専用の窓口電話（PHS）と電子カルテ上のオーダーツールを用意しており、医療者はいずれからでも相談や依頼ができる。また、入院患者、外来患者とも日中の当日対応が可能であり、外来患者からの電話での相談にも対応している。緩和ケアチーム介入中の患者にはそれぞれチーム看護師が担当として関わるため、患者にとっていつでも相談できる利便性があり、患者と医療スタッフとの間のハブ的な役割を果たすことも重要な役割となっている。

2) 診断期からの意思決定と家族の支援

「診断から治療前」の時期にある患者に対する

表 1 緩和ケアチーム総依頼件数

	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
がん	451	708	1029	1105	1096	1157	1032	884
非がん	15	34	61	72	84	100	123	111
総依頼件数合計	466	742	1090	1177	1180	1257	1155	995

表 2 総依頼件数の入院・外来別内訳

	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
入院	378	551	569	570	538	521	542	399
外来	88	191	521	607	642	736	613	596
合計	466	742	1090	1177	1180	1257	1155	995

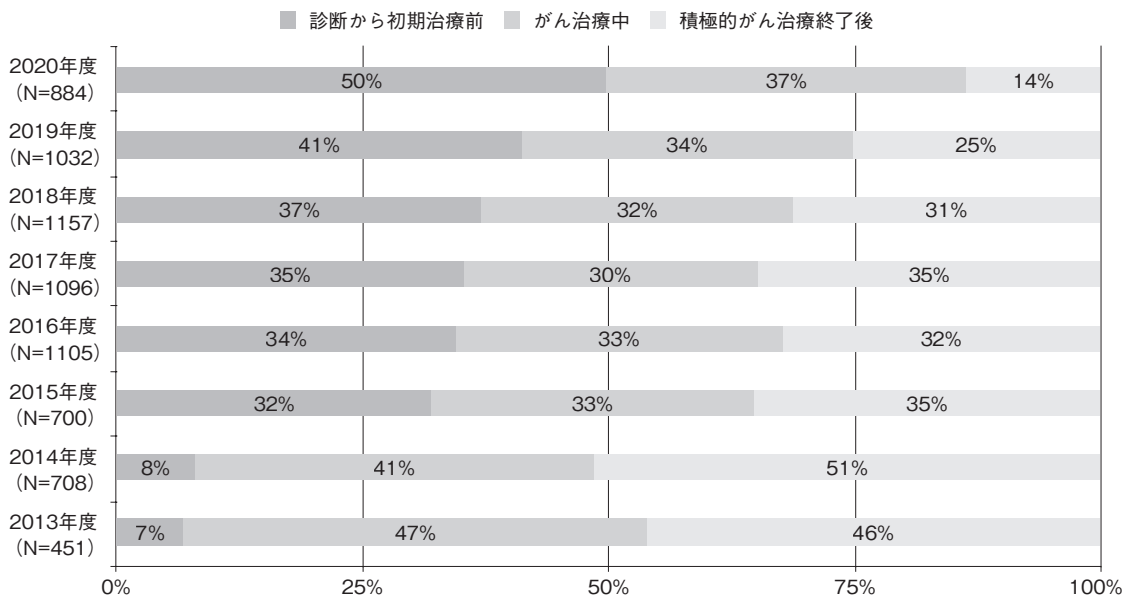


図 1 がん患者の時期別にみた依頼割合

依頼の多くは、緩和ケアチーム看護師への意思決定支援が目的である。緩和ケアチーム看護師は、患者の担当として心理サポートを行いながら意思決定や療養の調整などを中心に、患者と家族が今後の治療上のプロセスを進んでいけるよう支援する。担当は基本的に患者や家族の状況に応じて終末期に至るまで主治医と連携しながら長期的に支援する。緩和ケアチーム看護師は、看護外来として年間延べ2,500件前後のカウンセリングを行っている。

3) 切れ目のない緩和ケアの提供

緩和ケアチームが関わっている患者は原則、入院・外来と切れ目なく継続して緩和ケアを提供す

る。入院患者については、病棟との定期カンファレンスにおいて入院中の情報の共有だけでなく、外来での様子や家族の情報なども共有することを心がけている。外来患者については、緩和ケアチーム内の定期カンファレンスに加えて、外来スタッフとの月1回の定期カンファレンスも始めている。

4) 有機的な地域連携

a. 地域の医療機関との顔の見える関係

緩和ケアセンターでは年に1度、地域の在宅医療・ケア従事者、福祉関係者らと集まり、事例検討などのカンファレンスを行っている。約15年間続くこの取り組みによって、顔の見える関係性

が構築できている。その結果、街のがんサロン作りや在宅医・訪問看護師らとの合同カンファレンスなどが実現している。2015年からは退院支援計画を立てるカンファレンスに地域の訪問看護師にも参加してもらうことで、患者支援の関係性強化につながり、退院前に患者と地域の医療者との顔合わせの機会にもなっている。また、2020年から地域の病院の緩和ケア病棟のカンファレンスに参加するアウトリーチの取り組みも始めている。

b. 医療用ソーシャルネットワークを介した連携

2015年より医療専用の非公開型無料SNS「メディカルケアステーション（以下、MCS）」を導入し、患者の許可のもと、患者ごとにグループをつくり、在宅ケアチームやソーシャルワーカー、外来・病棟の看護師、主治医など招待されたメンバーしか閲覧できない環境で情報を共有・アップデートしている。患者自身や家族が加わるグループを作ることも多い。こうして「顔」だけではなく「言葉」が見える関係づくりを可能にしている。

5) がん治療期の患者へのサバイバーシップ支援

緩和ケアセンターとがん相談支援センターが協働してがんサロンを運営している。がんサロンは、サバイバーシップ力を高めると共に、どこに行っても緩和ケアセンターの看護師がいる環境をつくることで、自然と「緩和ケア」とつながる機会にもなっている。

a. がんサロン “キャンサーケアヨガ”

2014年から乳がん患者を対象に不定期でヨガレッスンを開始し、2018年から全がん種の患者に対象を広げ、月2回開催するようになった（図2）。参加者の身体・精神的症状について経時的に調査（ヨガ参加から2週間後、4週間後、6週間後、10週間後に参加者28名を調査したもの）したところ、不安・抑うつ（STAI尺度）や身体症状（参加者自身がもっともつらいと感じている症状を指す）は、有意な差をもって改善がみられた。参加の意義には「心身のリフレッシュやリラクセス、身体がすっきりする」といった具体的な心身の変化と、「仲間と共に安心できる環境が得られた」や「積極性、前向きな気持ち、張り合いの出現」を見出すなど、参加者から好評を得ている（新型



図2 がんサロン（2018年当時
（参加者に許可を得て撮影、掲載）

コロナウイルス感染症拡大のために2020年9月から休止中）。

b. がんサロン “アロマセラピー”

アロマセラピーは、おもにがん治療中の患者たちがピアサポートできるように、がんサロンに参加しやすい工夫を意図して企画したものである。外来患者だけでなく入院患者のもとにもセラピストが訪問し、「退院しても参加したい」と思えるような関わりをもってきた。

サロンの場ではセラピストや緩和ケアセンターの看護師も加わり、団らんの場をもつようにし、3時間で15人前後が参加していた（新型コロナウイルス感染症拡大のために2020年から休止中）。

6) 定期的な苦痛のスクリーニング

当院の「苦痛のスクリーニング」の対象者は、緩和ケアチームが介入していないがん患者である。がん患者には入院を契機に、自記式の問診を実施している。退院後は外来で継続され、4カ月ごとに定期的に行われる。問診の内容は身体・精神・心理・社会的な苦痛・困難について問うものを緩和ケアチームが独自に作成した。病棟と外来の看護師によって問診用紙が手渡され、記載された患者のつらさに応じた多職種に連携する仕組みである。

実施件数は年間約9,000件以上に増えており（図3）、つらさへの対応結果は緩和ケアセンターでデータ化して病棟と外来のリンクナースに配信

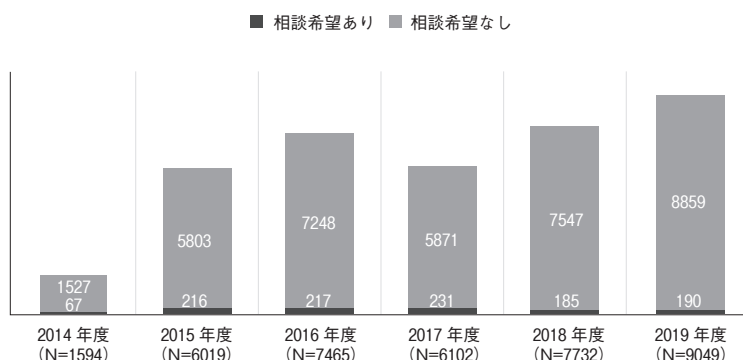


図3 苦痛のスクリーニング実施件数

している。この問診によって、およそ 30% の患者が何らかの苦痛・困難を抱えていることが明らかになっており、看護師と患者が対話する機会をもてるようにしていつでも相談に対応できるようにしている。

一方、このスクリーニングを実施しても緩和ケアチームなどの専門家への相談を希望するのは全体の 2% 程度であり、膨大な作業のわりに緩和ケアへつなげる手法としてはきわめて効率が悪いのが現状である。緩和ケアチームなどへの相談の希望がない圧倒的多数の苦痛の存在が見過ごされず、適切に対処できる体制を維持することが重要である。

3. さらなるがん治療と緩和ケアの統合に向けた課題

当院では、病状が進行するがん患者についてはがん疼痛への介入が緩和ケアの入り口になることも多いが、診断時などの早期からの介入については必ずしも「緩和ケア」という看板を掲げず、がん告知の同席・フォロー、放射線治療のケア、乳がん患者のサポート、リンパ浮腫のセラピー、がんサロンでの関わり、苦痛スクリーニングを通じた相談、ソーシャルワーカーとの連携など、各看護師の専門性や組織横断的な活動を通じて、医療者、患者のニーズに迅速かつ手広く応じる形で緩和ケアの導入を展開してきた。このように、緩和ケアを必要とする患者のニーズを病院全体で敏感にキャッチして適切なタイミングで緩和ケアへとつないでいく、緩和ケアセンターの組織横断的かつ包括的ながん患者のサポートシステムは、がん

治療と緩和ケアの融合の進展に貢献する有力な方策の 1 つと考えられる。

一方、国際的に進められているような紹介時期を設定してオートマティック（主治医や患者側のニーズの有無にかかわらず）に介入を開始するというシステムの導入には抑制的にならざるをえない現状がある。オートマティックに緩和ケアが導入されることでメリットを得られる患者が少なからず存在するのは確かであろうが、ニーズが顕在化していない患者への介入は、患者やスタッフがその必要性を実感しづらく、時間や労力、費用面でのコストに負担感が生じやすいため、介入の在り方に工夫が必要となる。そして何より介入対象者が何倍にも増えることはマンパワーの面で困難が生じやすい。ニーズの乏しい多数の患者との関係作りに業務が忙殺されることによって、本来の緩和ケアのニーズが高い患者へのケアの濃度が薄くなるようでは本末転倒にもなりかねない。

その解決策としてマンパワーを手厚くしようとすれば、それに見合うだけの財源、診療報酬を確保することが少なからず求められる。逆に、診療報酬の得られない業務を増やすことや、施設要件で義務づけられていないスタッフを配置することには限界がある。しかしながら、外来がん患者への継続的な介入については、現在の診療報酬の枠組みでは体制を維持するのに十分な報酬を得るのは難しい。緩和ケアの外来は一般的に主治医の受診に合わせての対応になるため、診察料の上乗せはできず、外来緩和ケア管理料が加算できるのはオピオイドを処方している患者のみである。がん患者指導管理料を加算できるのは初回告知後 6 回

までであり、進行がん患者への看護師の継続的な関わりには報酬を得られない。

このような事情を踏まえると、がん治療と緩和ケアの統合を、決められたタイミングで自動的に緩和ケアに紹介するシステムの導入にまで広げようとするならば、看護師の専門性や組織横断的な活動を中心とした、緩和ケアの実践に対する適切な評価とりわけ保険診療上の財源確保に裏打ちされた制度的な仕組みづくりが求められるといえよう。

文 献

- 1) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care, 2002 [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>] (2021.10.4 最終アクセス)
- 2) Temel JS, et al. : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* **363** : 733-742, 2010
- 3) Ferrell, et al : Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care : American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* **35** (1) : 96-112, 2017
- 4) Hui D, et al. : Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* **17** (12) : e552-e559, 2016
- 5) がん対策推進基本計画（第1期）平成19年6月
- 6) がん対策推進基本計画（第2期）平成24年6月
- 7) がん対策推進基本計画（第3期）平成29年10月

4. 療養場所移行期のケアと飯塚病院 緩和ケアチームの取り組み

柏木秀行

(飯塚病院 連携医療・緩和ケア科)

はじめに

緩和ケアが緩和ケア病棟といった限られた場で、厳選された集団に対してのみ提供されるケアと定義づけるなら、わが国の緩和ケアは非常に質の高いケアを提供できていると評価されるべきである。しかし、緩和ケアニーズは疾患や場所を問わず存在し、少しでもそのニーズに応えたいと考える実践者も増えてきている。筆者自身、緩和ケアを必要とする人に、必要とされている場に緩和ケアを届けたいと考え、地域レベルのヘルスケアシステムに実装された緩和ケア提供体制を構築できないかと模索してきた。そこで、療養場所の移行という、従来は退院支援という、緩和ケアとは別軸で議論されがちな分野と緩和ケアを統合していくことが、1つのきっかけとなるのでは？という着想のもと、緩和ケアチームの運営を行っている。本稿では、そのような療養場所移行期のケアに関して、当院の緩和ケアチームの活動を紹介する。

医療システムにおけるケア移行の重要性

本題に入る前に、近年の医療システムにおけるケア移行（Transition of Care）の重要性について述べる。ケア移行は、療養場所の変化に伴い、短期間で集中的に行われるケア・プロセスを意味する。米国の質評価研究機関である Agency for Healthcare Research and Quality（AHRQ）はケア移行を、「継続的な加療を要する患者が、医療サービスを受ける医療機関や療養の場が移行し、ケア提供者が変わること」という定義を提唱してい

る¹⁾。

医療者にとってイメージしやすいケア移行の場面として、地域の基幹病院を退院し、最寄りの診療所に通院の軸を移行するような場面に例に考えてみる。当然のことながら、担当する医師が代わり、そして関わる支援者も変化する。外来診療においては、入院加療とは異なるケアの目標や検査・投薬といった医療内容も変化するだろう。そのような変化のもとでは、患者・家族も変化に適応するための不安や負担にさらされる。また、ケア提供者間での適切な情報共有がなければ、ケアの継続性が損なわれることや医療安全上の問題につながる事が知られている¹⁾。

こういった観点に立てば、ケア移行は緩和ケアに限らず、日常診療に常に存在することが分かる。外来診療と入院診療、入院病床の移動、かかりつけ医療機関の変更など、患者は多くのケア移行を経験し、そして医療者はそれぞれの立場でケア移行を支えているのである。

ホスピス緩和ケアにおける ケア移行とは？

ホスピス緩和ケア領域においても、ケア移行は非常に重要である。その代表的な場面は、がん患者のケアの場が緩和ケア病棟に移行する場面であろう。多くの施設で丁寧かつ慎重な対話と説明の場を設置しており、事前の外来受診といった工夫に取り組んでいる。患者が求めるケアと、緩和ケア病棟で提供されるケアの内容のすり合わせの必要性に基づき、こういった実践をしているあたり、緩和ケア領域のケア移行の重要性と難しさを物語っている。

近年では在宅医療の普及や、緩和ケア病棟に求められる役割の変化などから、在宅療養を希望する患者の退院支援に関わる場面も増えている。緊急入院への対応や待機日数、在宅復帰率などの評価といった、緩和ケア病棟の診療報酬の変化などから、ホスピス緩和ケア領域におけるケア移行の重要性が高まっている状況にある。

飯塚病院の取り組み

ホスピス緩和ケア領域におけるケア移行の重要性が高まるなかで、筆者の所属する飯塚病院の緩和ケアチームは、かねてよりケア移行を緩和ケア実践の一環として取り組んできた。ここからは当院の緩和ケアチームと連携医療・緩和ケア科の実践について解説する。

1. 飯塚病院 緩和ケア部門の紹介

筆者の診療環境の説明を兼ねて、所属する飯塚病院の紹介をさせていただく。

飯塚病院は、福岡県の山間部にある飯塚市に所在する。1,048床の病床数と救急救命センターを有する急性期病院であり、地域がん診療連携拠点病院でもある。そのような基幹病院の中で緩和ケア部門を運営するにあたって、二次医療圏レベルでの緩和ケア提供体制に責任をもつことは非常に大切な視点である。そこで、「病気になっても、過ごしたい場所で、過ごしたい過ごし方のできる地域づくりに貢献する」というミッションを緩和ケア部門の運営の根幹に掲げた。症状緩和などの緩和ケアの実践や、療養の場の調整といったことも、「なぜやるか?」と問うた時には、常にこのミッションの実現に向けた必要なアクションなのだとして理解している。

緩和ケア部門は医師が所属する診療科としての連携医療・緩和ケア科と、緩和ケア認定看護師（以下、認定看護師）および薬剤師、心療内科医師らが関わる緩和ケアチーム、そして緩和ケア病棟で構成され、それぞれに関連する部門・職種の協力のもとに運営されている。

飯塚病院は教育研修病院として、多くの若手医師が全国から集まることもあり、2021年度は所

表1 飯塚病院 緩和ケアチームの依頼件数と介入内容

年度	2017	2018	2019	2020
◆緩和ケアチーム依頼件数	546	636	733	911
◆緩和ケアチーム依頼内容				
症状コントロール	534	629	719	889
精神的ケア	257	305	348	663
家族ケア	242	276	354	686
環境調整	276	319	385	735
療養の場の相談	72	132	254	719
リハビリテーション	1	17	6	15
栄養	1	10	9	2
経済的相談	0	3	6	7

属医師が13名、短期研修者が常時5～10名おり、基本的緩和ケアの研修から緩和医療専門医の取得希望者まで、幅広い人材育成が可能となっている。認定看護師の育成も看護部門の協力もあり、認定看護師教育課程の修了者を含めると5名の看護師が専門的緩和ケアの提供者として活動している。

2. 緩和ケアチームの動き

他施設と比較すると非常に恵まれた緩和ケアリソースを活用しているわれわれの緩和ケアチームが、どのようにケア移行を支援しているかを解説する。

多くの緩和ケアチームと同様に、緩和ケアチームコンサルトの多くは入院患者を担当している医師から依頼があり、窓口は認定看護師が担当する。認定看護師はコンサルテーションの依頼内容と緊急性を判断し、初期評価を行う。緩和ケアチーム担当医師が急いで対応する必要のある身体症状などがなければ、認定看護師がベッドサイドに伺い、包括的アセスメントを実施する。

相談をいただくケースの多くは高齢者であり、依頼内容も療養の場の相談割合が増加してきている（表1）。地方の急性期病院で緩和ケアチーム活動をする際は、がん疼痛に対してシンプルにオピオイドを調整して、症状緩和ができれば退院というケースのほうが増える。そのため、ケア

表2 標準的な緩和ケア研修医師の週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	病棟	緩和ケアチーム	外来	病棟	病棟
午後	病棟	緩和ケアチーム	外来	病棟	在宅

移行に対する対応は緩和ケアチーム活動の多くを占める。こういった状況を鑑み、緩和ケアチームは療養の場の調整も対応範囲とし、認定看護師が中心となって希望する療養の場への移行を支援している。特に地域のリソースとの連携が必要となる在宅療養への移行に際しては、医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師といった院内の関係部署との連携に基づいて取り組む。

ケア移行を支援するうえで、当院のユニークな取り組みとして、連携医療・緩和ケア科の医師が地域の在宅医療に参加するというシステムをとっている点が挙げられる。入院中に担当した患者の訪問診療を自分で担当するというシステムを構築しているのである。これにより、ケア移行に必要な医学的な調整や対話などを医師が経験できるといった教育的効果だけでなく、入院中の担当医が実際に自宅にも訪問診療に来てくれるというケアの継続性を患者と家族が実感できるという効果がある。ケア移行には医療機関を超えた情報共有が重要となるが、継続性をもって関わる医療者がいることで、文面では伝わりにくい情報の共有が可能になる。在宅緩和ケアの経験を研修として行う医師の、標準的な週間スケジュールを示す(表2)。われわれはそのほかにも慢性期病院への緩和ケアアウトリーチも取り組んでいる。そこでは、疾患に限らず月単位の時間軸で入院している患者(おもに何らかの身体疾患のある認知症高齢者)の身体症状や、アドバンス・ケア・プランニングを実践している。

このように緩和ケアスタッフが療養の場の意向についてアセスメントし、実際のケア移行に関わるモデルは、施設や地域ごとの体制によって形は異なりながらも、継続的な緩和ケアの1つの提供方式と考える。

表3 非がん疾患の内訳

年度	2017	2018	2019	2020
担当症例数	38	73	285	357
疾患名の例				
心不全、認知症、尿路感染症、下腿壊疽、大腿骨頸部骨折、他系統萎縮症、心肺停止蘇生後、脳血管障害など				

3. 非がん患者のケア移行も支える

ここまではがん患者を中心とした在宅へのケア移行を中心に述べてきたが、非がん患者への関わりについても述べたい。連携医療・緩和ケア科の入院患者の半数は高齢者を中心とした高齢者であり、その内訳を表3にまとめる。近年、心不全を代表とした非がん疾患への緩和ケア介入が注目されているが、こういった非がん疾患の特徴として、悪性疾患よりも長期にわたり入退院を繰り返す疾患経過が挙げられる³⁾。入院治療が終了し、かかりつけ医療機関への通院を繰り返しながら、急性増悪で入院をするといった経過や、その繰り返しのなかで人生の最終段階に備えた対話や在宅医療の調整などが必要となる。つまり、非がん疾患ではケア移行が診療における重要な介入ポイントであり、このケア移行に緩和ケア的なアプローチを統合していくことが、急性期病院における非がんの緩和ケアの実践と考えた。

このような入退院を繰り返す非がん疾患の高齢患者の多くは、入院初期に急性期内科治療を総合診療科で取り組んでいる。急性期内科治療の終了後は自宅や施設に退院、もしくは療養およびリハビリ目的で転院となることが大半であるが、このケア移行には週単位で時間を要する場合も多い。また筆者自身も飯塚病院の総合診療科で急性期治療に携わっていた経験があり、急性期治療を要する患者が次々と入院してくる環境で、丁寧なケア移行を必要とする患者を担当する負担を感じていた。急性期病院である当院において、緩和ケアだけが大切なのではなく、地域で日々発生する急性期医療を必要とする患者の安定した急性期医療も重要な役割である。そこで、在宅医療へのケア移行が中心となった患者は疾患に限らず、連携医療・緩和ケア科が診療を引き継ぎ、ケア移行を行

う。その際には、緩和ケア領域でしばしば取り組んでいるケアの目標を話し合うことや、希望する療養の場への移行をスムーズにするための医療内容の調整や介護保険および訪問看護といった社会資源の調整なども行う。このように急性期内科治療と連携しながら、ケア移行に緩和ケアで培われた予後予測やエンド・オブ・ライフに関連した対話を行うことが、非がん疾患の緩和ケアの一側面になっている。

今後の課題

筆者が緩和ケアを診療の主体として、ちょうど10年が経過した。われわれは日本各地にある、歴史ある緩和ケア施設と異なり、急性期病院の中に新しく緩和ケア部門を作っていくという状況にあった。当時は緩和ケアを専門とする医師も看護師も少なく、ベンチマークとなる専門施設をマネしたとしても、二番煎じにすらならない状況であった。一方、目の前には確実に満たされない緩和ケアニーズは存在し、多くの緩和ケア関係者の大切にしている「疾患によらず緩和ケアを必要とするすべての人に緩和ケアを届けたい」という思いを形にするために、既存の形にとらわれることなく、地域と施設に最適化された形で作ってきた。課題をあげたらキリがないが、全国の施設にとっても、ある程度一般化できそうだと感じる課題を述べる。

それは認定看護師といった専門的緩和ケアリソースが、がん拠点病院などの限られた医療機関に集約しすぎているということだ。施設要件や診療報酬、採算、育成体制といったさまざまな要因により、専門的緩和ケアを提供する人材が規模の大きい医療機関に所属している場合が多い。疾患

によらない緩和ケアを地域で提供しているケア提供者を支え、その専門性を生かしたアドバイスをするといった取り組みが求められる。そのためには、専門的緩和ケアの提供者のアウトリーチ活動を評価するような施設要件や診療報酬といった整備が必要だろう。

当院はアウトリーチを医師が中心に行っているが、決して医師だけで取り組みたいわけではなく、筆者の力で実現できたのが現状は医師のアウトリーチであっただけである。本来的には認定看護師をはじめ、さまざまな職種が緩和ケアニーズに応える形でケア移行に所属施設を越えて関わる仕組みづくりが重要と考える。

おわりに

疾患を問わない継続性をもった緩和ケアの提供において、療養場所の移行を支援するといった移行期ケアの重要性について述べた。各施設、各地域にそれぞれの事情があり、各地域に最適化された緩和ケア提供体制を構築していく必要がある。

参考文献

- 1) AHRQ. Chartbook on Care Coordination : Transitions of Care. [<https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/carecoordination/measure1.html>]
- 2) 新森加奈子, 木村琢磨, 松村真司: 我が国におけるケア移行という概念—病院を退院した患者の診療所外来へのケア移行を中心に. 日プライマリケア連会誌 41 (1): 18-23, 2018
- 3) Kendall M, Buckingham S, Fergun S, et al : Exploring the concept of need in people with very severe chronic obstructive pulmonary disease : a qualitative study. BMJ Support Palliat Care, 8 (4): 468-474, 2018

5. ICU における緩和ケアと 緩和ケアスクリーニング

橋口周子

(神戸大学医学部附属病院 緩和ケアセンター)

はじめに

当院では、2019 年度より、集中治療室（以下、ICU・HCU）の看護スタッフと緩和ケアチームが協働し、ICU・HCU での緩和ケアの導入を開始した。その経緯を紹介する。

導入の経緯

当院では、つらさのスクリーニングとして、patient report outcome scale を用いて、ほぼすべての病棟・外来で実施している。しかし、ICU・HCU では、入室患者の特性から、院内で使用しているツールでは緩和ケアニーズの拾い上げには適さないことが ICU・HCU 看護スタッフからフィードバックされていた。そのため、集中ケア領域の特性に合わせた緩和ケアニーズをスクリーニングの導入を入口に、ICU・HCU での緩和ケアの導入の取り組みを行った。

以下では、当院で開発した「ICU における緩和ケアニーズスクリーニング神戸大学版 (PAlliative care Screening System in ICU On demand basis by Nurse : 以下、PASSION)」(図 1) の開発過程についての紹介と、ICU での緩和ケア実施状況を述べる。

PASSION を用いたスクリーニングについて

現在のスクリーニングの流れについて、以下に記載する。

1. スクリーニングの対象

- ①入院患者で予定外入室した患者
- ②予定入室期間を超えた患者
- ③緊急入室した患者

2. スクリーニングの実施の流れ

- ①対象の患者が入室したら、受け持ち看護師が PASSION を用いてスクリーニングを実施、その内容を電子カルテに記載する。以後、1 週間に 1 回、評価を行う。
- ②スクリーニング陽性となった場合は、カンファレンスを開催する。フォーマット (図 2) にそった内容についての情報の共有と、ケア計画について検討を行う。

3. スクリーニング陽性の条件

- ①8 項目のうち、3 項目以上にチェックが入った場合
- ②項目 4、5 にチェックが入った場合
- ③陽性とならなかった場合も、チェックが入った項目については、「実施すべき対応」の内容にそってケアを実施する。

開発の手順（方法）と実際

1. 事前準備

1) 文献検討

集中医療・ケアの領域で、わが国では既存のスクリーニングツールはなく、新たに作成する必要があった。そこで、緩和ケアチームの医師が文献検討を行い、米国での Center of Advance

※入室当日に必ず実施。以後1週間毎に繰り返すこと。

1. 受け持ち患者について伺います。以下の項目について当てはまるものにチェックしてください

スクリーニング項目	当てはまればチェック	行うべき対応
1. ICU/HCUの滞在期間が合わせて7日以上である	☐	入室の適切性を確認
2. 同一入院期間中で2回目以上のICU/HCU入室である	☐	
3. 気管切開の実施が検討されている	☐	
4. 生命維持治療（HD含む）の中止・差し控えが検討されている	☐	倫理コンサルテーションを検討
5. 患者、家族、医療者間で治療・ケアの方向性が一致していない	☐	カンファレンスの実施を検討
6. この入院中に命にかかわる急変の可能性がある *あなたの主観で答えて下さい	☐	患者・家族の病状理解を確認する
7. 緩和困難な苦痛症状（痛み（例：CPOT3点以上）・呼吸困難・せん妄（例：ICDSC, 4点以上）・不眠・口渇）がある	☐	症状緩和マニュアル参照
8. 患者を支援できる家族がいない	☐	患者支援センターに連絡
3項目以上チェックがある、もしくは項目4、5にチェック → スクリーニング陽性、カンファレンスを実施する		
上記に当てはまらない場合 → スクリーニング陰性、7日後再スクリーニング実施		
項目1、4、5、6、7、8にあてはまる → 「行うべき対応」にのっとり、対応する		

PASSION (PAlliative care Screening System in ICU On demand basis by Nurse)

図1 ICU・HCUにおける緩和ケアニーズスクリーニング神戸大学版

Palliative Care (CPAP) が実装していたモノグラムの1つである、the IPAL-ICU (Improving Palliative Care in the ICU) Project によるスクリーニング基準の作成、実装のための技術支援ガイド¹⁾が提示された。このモノグラムは、作成のステップが提示されており、この手順で進めていくことで、ツールが完成するというものであり、検討の結果、採用することとなった。

2) ワーキンググループメンバーの構成

PASSION 開発のためのワーキンググループメンバーは、ICU・HCU 看護師長と看護師長から推薦があったスタッフ、緩和ケアセンター長、ジェネラルマネージャーで構成した。

3) 学習会の開催

WGメンバーで、ICU・HCUで必要な緩和ケアについての学習を行った。具体的には、緩和ケアチームの医師が文献検討の結果を踏まえ、アセスメントの項目やタイミング、スクリーニング陽性患者への緩和ケアの実際の講義を行った。

そして、HCU・ICUでの緩和ケアニーズがある患者へのケア上の問題や課題を共有し、当該部署で行いたい緩和ケアの方向性を検討、決定した。

2. スクリーニングツール作成の実際

ここからは、モノグラムの手順に沿って作成の

◇ 24 時間以内：スクリーニング陽性のすべての患者に実施するアセスメントとケア

【意思決定】

・ 本人の意思決定能力の判断 意思決定能力：有 ☐ ・ 無 ☐

・ 本人の意思：有 ☐

無 ☐

・ 代理決定者の特定 続柄： 氏名：

・ 本人の推定意思の評価

推定意思

・ 事前指示書の確認 事前指示書：有 ☐ ・ 無 ☐

・ 蘇生に関する意向（コード・ステータス）を確認 コード： 有 ☐ ・ 無 ☐

・ 臓器提供の意思について確認 提供意思： 有 ☐ ・ 無 ☐

◇ カンファレンス記録

1. カンファレンス に 参加 した人を 記載してください

参加者	
場所	
時間	時 分～ 時 分

2. カンファレンスの実施 目標：治療・ケアの方針を共有する

診療科が目指している目標	いつ	どうなるか
患者が退院し社会復帰できる確率		% 医師
患者がこの入院中に死亡する確率		% 医師
家族への説明内容		
本人・家族の病状理解	本人 家族	
1 週間 の 治療・ケアの目標 ※ケアの目標の話し合いは、心肺蘇生、人工呼吸、 栄養と補液、血液透析の実施、痛みとその他の症 状の評価と治療、家族のサポートと精神的ケアを 含む		
治療・ケアプラン		

ICU・HCU における緩和ケアニーズスクリーニング神戸大学版

PASSION (PAlliative care Screening System in ICU On demand basis by Nurse)

図 2 アセスメント・カンファレンスシート

プロセスを紹介する。

1) Work1：ニーズ評価

・ICUでの緩和ケアニーズの評価

ここでは、スクリーニングツールの開発に取り組もうとした動機やICUで緩和ケアサービスを統合するためのリソースや障壁、ICUチームと緩和ケアチームの間の文化の壁と解決方法などを共有する作業を行う。

実際のワークでは、ICU・HCUに入室している患者への緩和ケアに関する問題やニーズを共有した。その中では以下の内容を共有した。

- ・救命や治癒を目指し、集中治療を行ってきたが、残念ながら救命や治癒を目指すことが難しくなっていることを個々の看護スタッフが感じていても、それを医療チームで共有する場がもてない。
- ・その時の受け持ち看護師やリーダー看護師が、緩和ケアの必要性について医師に相談を行っても、その必要性が理解してもらえず、ギリギリまで救命の方針で治療が行われるため、患者の苦痛の緩和の優先度が下がってしまう。
- ・主治医は、治癒・救命の方針で医療を行うため、死亡する可能性が高まっていることについて、患者・家族への説明が後手後手になってしまう。説明が行われる時点では、患者が自分で意思決定が可能な状態であることはほほないため、患者の意向が確認できないまま、家族と医師との相談で医療の方針が決まってしまう。

上記の内容から、特に治癒や救命が難しくなってきた患者が、今後の医療やケアの方針を自分で決めることができるように、その時期を見逃さず、病状説明や意思決定が行えるようなケアが行えること、その他として、適宜・適切に、基本的あるいは緩和ケアチームによる専門的緩和ケアが導入されるようになることなどが挙げた。

また、スクリーニングについては、現在のスクリーニングツールではICU・HCUに入室している患者の特性とは合わない（具体的には、鎮静下で自己評価が困難であること、ICU・HCUで緩和ケアニーズが起こる場面をスクリーニングツールではトリガーできないこと）ことが共有でき

た。また、緩和ケアチームを活用する場面やタイミングが難しいと思っていること、緩和ケアチームが介入している患者に対しての情報共有に対するニーズが、ICU・HCUチームにもあることが分かった。

スクリーニングツールを開発することで、相談する内容やタイミングが明確化できる感触を、WGメンバーでもつことができ、作成に向かう動機づけとなった。

・診療科への説明

PASSIONが動き出す前に、麻酔科やICUで緩和ケアニーズが起こりやすい診療科に対して、ICU独自のスクリーニングツールの開発を行うことを説明した。

2) Work2：スクリーニング項目の選定

〈Step1〉

モノグラムにあらかじめ設定されている、疾患、入退院、その他の基準の項目から、緩和ケアのニーズが満たされない患者の割合が高いものをチェックしていく。

実際の作業では、ICUチーム、緩和ケアチームそれぞれで作業を行い、結果を共有した。疾患では5項目、入退院に関する基準も5項目、その他の基準で3項目が抽出された。

〈Step2 / Step3〉

ここでは、上記で抽出された項目から、優先的に緩和ケアニーズを満たす必要があるものを4～8項目に絞る作業を行う。

絞り込みでは、普段からICUで起こる緩和ケアをめぐる問題や課題をディスカッションしながら行った。疾患基準の項目については、疾患というよりも入退院やその他の基準のほうが、ICU・HCUで提供したい緩和ケアのニーズをもつ患者の洗い出しができると考え、項目に挙げなかった。最終的に、スクリーニング項目は以下の8項目となった。

スクリーニング項目

- ① ICU・HCU 滞在期間が7日以上
- ② 同一入院期間中で2回目以上のICU・HCUの入室である
- ③ 気管切開の実施が検討されている
- ④ 生命維持装置（HD含む）の差し控えが検討

されている

- ⑤患者・家族，医療者で，治療・ケアの方向性が一致していない
- ⑥サプライズ・クエスチョン
- ⑦緩和困難な症状がある
- ⑧患者を支援できる家族がいない

〈Step4〉

上記で作成したスクリーニング基準を使って，ワーキングのメンバーが1週間のパイロットテストを実施した。ここでは，スクリーニング陽性（項目に1つ以上のチェックが入る）の患者がどのくらいいるのかを把握すること，また，実際の緩和ケアニーズを把握することが目的である。

パイロットテストの結果を以下にまとめる。

- ・入室患者90名のうち33名の患者がスクリーニング陽性だった。さらに，予定外入室患者では，34名のうち18名が陽性で，チェックが付く項目数が多い傾向だった。
- ・所要時間は平均4.8分，中央値5分だった。

〈ワーキングメンバーの評価〉

- ・記載の負担はない
- ・チェックが入った患者は，緩和ケアニーズがあるとワーキングメンバーが判断する人たちとほぼ一緒に，ニーズがあるのにチェックが入らなかった患者はいなかった

以上の結果と評価から，step2・3で抽出した項目を採用することとし，スクリーニングシートが完成した。

スクリーニング陽性となった患者に，緩和ケアの提供が確実に行えるように，各項目についての対応方法についても検討し，ケアパッケージとしてマニュアル化した。そして，カンファレンスでの検討内容を記載した記録シートも作成した。

3) Work3：導入計画の立案

作成したスクリーニングツールの運用方法と導入について検討した。

スクリーニングの流れについては，先述の「スクリーニングの流れ」とおり。また，スクリーニングの各項目にチェックが入った場合に，プライマリーチームで「行うべき対応」を決定し，スクリーニングシートに記載した。

現場への導入の実際

導入は，以下のように行った。

- ①ICU・HCUのワーキングメンバーが中心となり，スタッフ向けに，完成したスクリーニングシートの紹介とカンファレンスシートについての説明と実際に入室している患者でスクリーニングシートを用い，緩和ケアニーズを確認，カンファレンスを実施した。
- ②①の実施後に評価し，改善を踏まえ，スクリーニングシステムの試験運用を開始した。
- ③②と並行して，電子カルテへの記載ツールの検討を行った。今回は，アセスメントシートとカンファレンスシートのテンプレートを作成し，掲載する手続きを行った。
- ④院内の運営会議で，PASSIONが開始になることを報告し，運用を開始した。

4) Work4：評価

〈Step1〉

WGメンバーで，PASSIONは緩和ケアニーズの高い患者を特定するために機能しているか，ICUでのケアの変化，緩和ケアチームからみてPASSIONは機能しているかなどの点で評価を行った。

〈Step2〉

今回のプロジェクトの評価項目を検討した。検討の結果，以下の項目とした。

- ①在院日数，ICUでの在室日数，緩和ケアチームへの依頼件数の変化
- ②スタッフ評価として，PASSION導入後に感じる効果や不具合

導入後6カ月の時点でも，step1の内容で評価を行った。そこでのフィードバックをもとに，以下のように内容を修正した。

- ・項目6の回答について，看護スタッフにはチェックしづらいという意見が多く，現在の文章に変更した。本項目は，surprise questionに該当するところである。当院では，現在，救急部門でのスクリーニングツールも作成しているが，当該部門でも同様のフィードバックがあった。surprise questionの有用性はよく知られているが，集中治療を受けて

いる患者に、看護師が「yes」と回答するには、best supportive careの方針が共有されていない状況では答えづらいという意見が多かった。

- ・項目7「緩和されていない症状」については、評価に個人差が出やすいという意見があり、例として、痛みやせん妄などの具体的な症状と評価スケールのカットオフ値を記載し、評価のばらつきが最小限になるように工夫した。

スクリーニング導入後

ICU・HCUでは、対象患者に対して、PASSIONを用いた緩和ケアニーズについて週1回評価を継続している。この取り組みを通じて、ICU・HCUから緩和ケアチームへの介入依頼が増加している。介入依頼の内容では、せん妄対応、痛みなどの身体症状の緩和、治療方針決定をめぐる医療者間の調整がある。

筆者は、1週間に1回院内のラウンドを実施しており、その際に、スクリーニングの結果の共有、緩和ケアチームへの依頼の相談を主治医に打診したほうが良い事例などを提案している。ICU・HCUでは、カンファレンスの開催が必要となる項目（治療の差し控えが検討されている、医療方針についての相違がある）が陽性となった場合、カンファレンスに参加している。

カンファレンスを通じて、不眠への対応について専門チームへの介入依頼を提案することで、症状の早期の改善につながった事例や、今後の医療・ケアの方針を決めていくにあたり、患者の意

思決定能力と一緒に検討し、ガイドラインを参照しながらプロセスを共有することで、患者の意向を聞き取ることができるなどの成果につながっている。まだカンファレンスには医師の参加が少なく、医療の方針をプライマリーチームでまず検討するという場づくりが難しい状況だが、徐々にではあるが、着実にICU・HCUでの基本的緩和ケアが広がっている。

おわりに

この取り組みを通じて、ICU・HCUと緩和ケアの距離が近くなった感触がある。もともと、緩和ケアへの関心の高いスタッフが一部いたが、ラウンドやカンファレンスを通じて、他のスタッフも担当する患者に緩和ケアニーズがあることを感じていることが共有できるようになった。

医師の中にも、難しい方針決定を関係職種でディスカッションしながら決めていきたいと感じている方もいる。少しずつ裾野を広げていき、集中治療の中で緩和ケアが提供されることが常態化することを目指していきたい。

参考文献

- 1) Nelson JE, Campbell ML, Cortez TB, et al : Implementing ICU Screenig Criteria for Unmet Palliative Care Needs : A Guide for ICU and Palliative Care Staff. A Technical Assistance Monograph from the IPAL-ICU Project. The IPAL-ICU Project,Center of Advance Palliative Care, 2013
- 2) 木澤義之：ICUにおける緩和ケアの導入：救急・集中領域における緩和ケア。p.48-52, 医学書院, 2021

6. 心不全患者の緩和ケア

柴田龍宏

(久留米大学医学部 内科学講座 心臓・血管内科部門)

心不全緩和ケアを取り巻く環境

心不全患者への緩和ケアの重要性・有効性の認識は年々高まっており、急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）¹⁾では、緩和ケアに関する高い推奨が示された（表1）。また、2018年度の診療報酬改定では一定の要件を満たした末期心不全患者（表2）に対し、緩和ケアチームによる診療が入院中に行われた場合に、緩和ケア診療加算の算定が認められるようになった。さらに2020年度の診療報酬改定では、外来や在宅など、

入院以外で緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアチームによる診療が行われた場合の外来緩和ケア管理料も追加となった。心不全の緩和ケアを取り巻く環境は新時代を迎えており、多くの施設がその取り組みを模索している最中であろう。

緩和ケアは、理想的には心不全の早い段階から開始し、病状の進行に応じてその比重を増やしていくモデルを構築していくことが望ましい²⁾。つまり、心不全ステージCの段階から入院予防・死亡回避を目的とした心不全の治療・ケアの提供と共に、QOLの最適化や症状緩和を目的とした多職種チームによる緩和ケアも行っていくことが重要である（図1）。われわれは心不全患者が緩和ケアを受けるべきかどうかという議論から脱却し、どうすれば心不全の疾患プロセスの早期から、緩和ケアと治療とを“統合”³⁾できるか？を考えるフェーズに移る必要がある。予後予測困難な心不全の病の軌跡を考えると、予後予測モデルによる予後の推定に重きを置くのではなく、心不全患者の緩和ケアニーズと症状を評価し、必要な時に必要な緩和ケアの提供を考えるアプローチのほうが、心不全治療と統合した最善な緩和ケアを提供するためには適切であると考えられる。

表1 終末期心不全における緩和ケアの推奨とエビデンスレベル

	推奨 クラス	エビデ ンスレ ベル	Minds 推奨グ レード	Minds エビデ ンス分 類
意思決定能力が低下する前に、あらかじめ患者や家族と治療や療養について対話するプロセスであるACPの実施	I	B	B	II
心不全や合併症に対する治療の継続と、それらに伴う症状の緩和	I	C	B	II
多職種チームによる患者の身体的、心理的、精神的な要求に対する頻回の評価	II	C	C1	VI

日本循環器学会・日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）[https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf]（2021年10月閲覧）

心不全緩和ケアチームのモデル

心不全を対象とする緩和ケアチームのモデルとして以下の2つが考えられている⁴⁾。

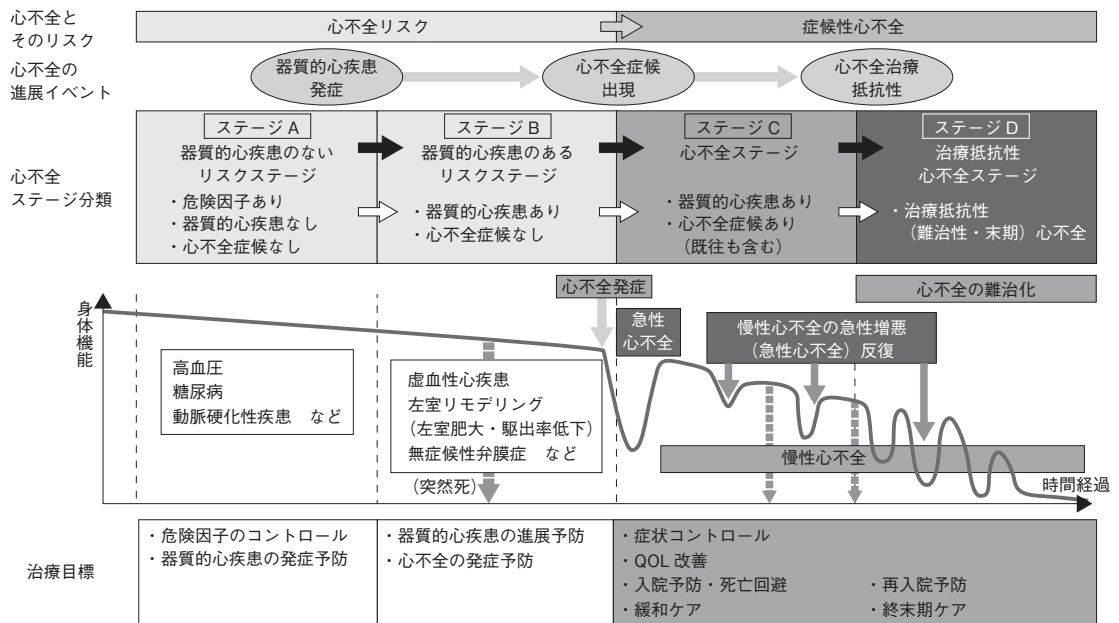
- 1) 循環器科がケアの主体で、必要時に緩和ケア専門家へコンサルテーションが行われるモデル

基本的緩和ケアを普段診療している循環器スタッフおよび心不全多職種チームが提供し、必要

表2 緩和ケア診療加算要件における末期心不全の定義

- ・①～③の基準に該当する
 - ①心不全に対して適切な治療が実施されていること
 - ②器質的な心機能障害により、適切な治療に関わらず、慢性的に NYHA IV の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
 - ③過去 1 年以内に心不全による急変時の入院が 2 回以上あること（予定入院は除く）
- ・および④～⑥のいずれかの基準に該当する
 - ④左室駆出率 20% 以下である
 - ⑤医学的に終末期であると判断される状態
 - ⑥④⑤の状態に準ずる

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）
保医発 0305 第 1 号 令和 2 年 3 月 5 日



日本循環器学会・日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版）
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf（2021 年 10 月閲覧）
 厚生労働省 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会
 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29 年 7 月）より改変
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>

図1 心不全とそのリスクの進展ステージ

に応じて緩和ケア専門家チームの介入が行われるモデルである。このモデルが成功するためには、循環器スタッフは緩和ケアに関して、緩和ケア専門家は心不全ケアに関しての学際的な教育が必要である。

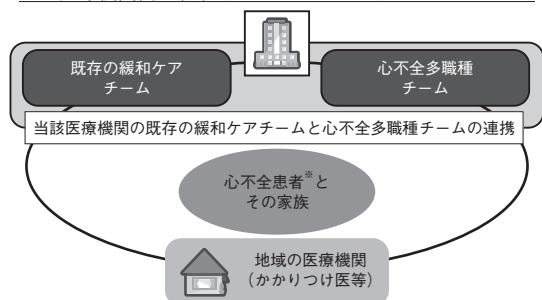
2) 緩和ケア専門家がケアの主体で、心不全治療に関して循環器科にコンサルテーションが行われるモデル

緩和ケア専門家が緩和ケアと心不全管理の両者

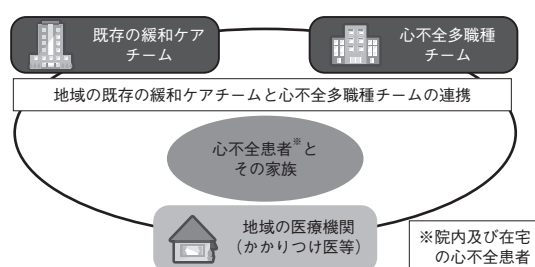
を行うモデルである。心不全の適切な治療が症状緩和にもつながるため、このモデルでは心不全管理プロトコルやガイドラインが重要な役割を果たす。

どちらが適しているかは各施設・地域の医療事情によって異なると思われるが、緩和ケア専門家が圧倒的に不足している現在のわが国の実情を踏まえると、①がより現実的なモデルであるかもし

同一医療機関内に緩和ケアチームがあるケースのイメージ



同一医療機関内に緩和ケアチームがないケースのイメージ



厚生労働省 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について」2018 年 4 月

[<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000347907.pdf>]

図 2 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携イメージ

れない。いずれにしても、循環器スタッフと緩和ケア専門家双方の連携構築が重要である。

厚生労働省の「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」は、心不全患者への緩和ケアの提供において、まずは既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが連携し、“心不全多職種緩和ケアチーム”として協働することを提案している(図2)⁵⁾。実際、緩和ケアチームを有する施設 992 施設中、循環器研修施設は 729 施設(73.5%)であることが報告されており、そのような環境では既存の緩和ケアチームを生かした連携が検討しやすいだろう。緩和ケア診療加算を算定するためにも、現時点では既存の緩和ケアチームとの協働が必須である。また、病院の心不全多職種緩和ケアチームが、かかりつけ医等の地域医療機関をサポートできる体制の整備も必要である。

循環器スタッフが基本的緩和ケアを担う当事者である

では、心不全多職種チームと既存の緩和ケアチームの連携において、その役割分担はどのように考えれば良いのであろうか？ その理解の鍵となるのは、「基本的緩和ケア」という考え方である。

緩和ケアは基本的緩和ケアと専門的緩和ケアに大別され(図3)、基本的緩和ケアとは緩和ケアを専門としない医療従事者が臨床実践のなかで緩

和ケアを提供するものである。一方で専門的緩和ケアは、非専門家では難渋する症状管理や意思決定支援、コミュニケーションの問題など、複雑な問題に対処する必要がある時に、既存の緩和ケアチームをはじめとした緩和ケア専門家が提供するものである。心不全医療従事者が提供するおもな基本的緩和ケアの役割として、①緩和ケアのニーズをキャッチすること、②基本的な身体的苦痛の緩和やメンタルケアの提供、③病状理解の促進と advance care planning、④適宜専門的緩和ケアにコンサルトする能力などが挙げられ^{6~10)}、それらを心不全疾病管理モデルに統合することで、治療と共存した緩和ケアの実現が期待される。ほとんどの心不全患者にとって必要な緩和ケアの多くは、心不全医療従事者が提供する基本的緩和ケアの範疇¹¹⁾であり、まずステージ C の段階から「治療と共に基本的緩和ケアありき」の心不全診療を構築し、必要に応じて心不全多職種チームと既存の緩和ケアチームの協力によって専門的緩和ケアを提供し、そして地域の医療機関がそのリソースを使いながら連携していく。そのようなモデルが、限られたリソースを有効活用しながら、幅広い心不全患者に緩和ケアを提供するためには必要であると思われる。

わが国では基本的緩和ケアを習得するための研修として、がん対策基本法に基づいた PEACE 緩和ケア研修会が全国で行われてきた。最近では日本心不全学会が基本的心不全緩和ケアトレーニングコースの HEPT¹²⁾ (HEart failure Palliative care

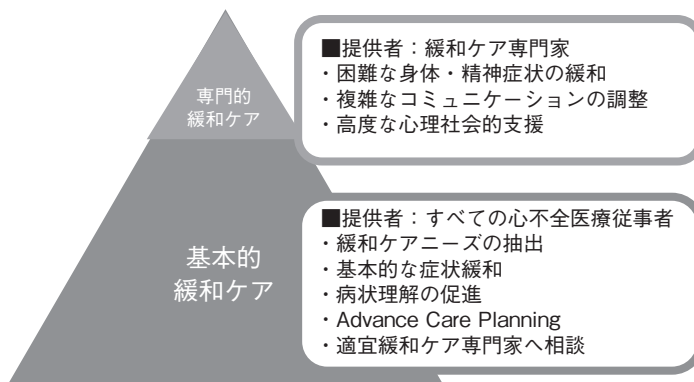


図3 基本的心不全緩和ケア

Training program for comprehensive care provider) (<http://hept.main.jp/>)¹³⁾ を定期開催しており、今後心不全領域における基本的緩和ケアの普及が期待される。

心不全緩和ケアチーム作りの実際

1. 目標の設定

まずチームの目標を設定することが重要である。たとえば筆者の所属する久留米大学で心不全緩和ケアを担う心不全支援チーム（HST; Heart failure Support Team）では、再入院予防・予後改善のための心不全多職種疾病管理と緩和ケアが「統合」した心不全医療を提供することを目標としている。チームの構築は、あくまで目標を達成するための「手段」であり、施設環境や対象患者によってその目標はさまざまな形があるだろう。理想を追い求めることも重要だが、利用可能なリソースと目標が大きくかけ離れていることはチームが機能不全をきたすリスクとなるため、チームメンバーと達成可能な目標を十分話し合うべきである。

2. 病院内での位置づけの確立

心不全緩和ケアの活動を施設として担保し、ボランティア的活動にしないためには、チームを正式な院内組織として認可してもらうことにこだわったほうが良い。有志のグループでは、突然キーマンが抜けた際にチーム消滅の危機に瀕する

ことも予想される。久留米大学 HST も発足当初は有志の集まりであり、自主的な時間外活動が主であった。しかし、継続的な病院上層部への働きかけの結果、2017 年 4 月に循環器病センター外来（循環器内科・心臓血管外科・小児循環器科の合同センター）の下部組織として正式承認された。現在の HST は循環器内科の病棟・外来を中心に、院内各部署から選ばれたメンバーで構成されており、人事異動があった場合も安定した人材派遣を受けている。また、各部門の上層部の理解によって勤務時間内の活動時間も確保できるようになり、病院内での認知度も飛躍的に向上した。

3. 構成メンバー

医師については、①循環器を専門とし、緩和ケアに造詣が深い医師、②緩和ケアを専門とする医師、③精神科を専門とし、緩和ケアに造詣が深い医師の 3 人が揃っていることが理想的である¹⁴⁾と考えられる。現実的にはすべてを揃えることは難しいかもしれないが、少なくとも心不全治療に精通している循環器科医師の存在と、困った時に緩和ケア専門家へアプローチできる環境は確保したい。そうでなければ、「専門性」のあるチームとはいえないであろう。場合によっては外部からの支援を要請する必要があるかもしれない。

看護師は慢性心不全認定看護師や慢性疾患看護専門看護師、心不全療養指導士がいれば理想であるが、絶対数が限られている。緩和ケア認定看護師やがん看護専門看護師も力になってくれる可能性が高いが、がん診療の業務は膨大であるため、

心不全診療まですべてをカバーすることは現実的に厳しいかもしれない。看護師は多職種チームの要であり、十分な心不全診療の経験と緩和ケアに対する情熱があれば、たとえ専門資格がなくともチームメンバーとして適任であると考えられる。負担軽減と継続的な支援実現のために、できれば複数人かつ外来・病棟の双方から看護師メンバーを確保したい。

その他、多面的な患者・家族ニーズに応えるためには、医療ソーシャルワーカー（MSW）や薬剤師、理学療法士、管理栄養士、臨床工学技士（特に補助人工心臓装着患者に対して）などがチームメンバーとして重要な役割を果たす。ちなみに当院のHSTは、医師（心臓・血管内科、心臓血管外科、精神科、緩和ケア）、看護師（外来、病棟、慢性心不全認定看護師、緩和ケア認定看護師）、薬剤師、管理栄養士、MSW、理学療法士、臨床工学技士から構成されている。

4. チーム活動

緩和ケアチームの目的に応じて、チームのリーダーを管理者と決定する。また、チームカンファレンス（週1回以上など）や回診を4W1H（誰が、いつ、どのように、何を、どこで）として具体的に決めることも必要である¹⁵⁾。久留米大学HSTでは平日日勤帯であればいつでも介入依頼を受け付けており、相談窓口はHSTの医師もしくは看護師である。入院患者に関しては週1回、外来患者に関しては必要時にチームカンファレンスを行っている。また、困難症例に関しては週1回、既存の緩和ケアチームカンファレンスで相談可能である。緊急対応が必要な症例に関しては、臨時で多職種カンファレンスを開催することもある。多職種チーム医療において、チームカンファレンスはきわめて重要であるが、カンファレンスで最も重要なのは「ゴールの共有」である。ゴールが共有されないと、せっかくのチーム医療も目先の問題への介入に終始してしまいかねない。各専門職種の介入は、あくまで患者の「ゴール」を達成するための「手段」であることを忘れない姿勢が重要である。

5. チームの発展と維持

チームを立ち上げるよりも、チームを維持することのほうが難しい。たんに多職種が集まっただけの「グループ」では「チーム」とはいえない。チームとは共通のゴールに向かって相互依存しながら協働する集合体であり、各職種が果たす役割のたんなる総和以上の価値を生み出す（シナジー）ことを目指す必要がある。Hamataniらは、「一般循環器内科医が行うべき基本的緩和ケア」を基準として35個の心不全緩和ケアのquality indicatorを策定した¹⁶⁾。これらは、①ケアの構造プロセス、②病期に応じた心不全治療・ケア、③全人的苦痛の緩和、④意思決定支援と倫理的問題の対応という4つのドメインに分類されている。今後、客観的評価を行う必要があるが、quality indicatorを活用した心不全緩和ケアチーム介入の質の定量的な測定は、診療の質の担保や底上げにつながることが期待される。

文 献

- 1) 日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン。急性・慢性心不全ガイドライン（2017年改訂版）〔http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017-tsutsui_hp.pdf〕
- 2) Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al : Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* **125** (15) : 1928-52, 2012
- 3) Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, et al : Integration of a palliative approach into heart failure care : a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail* **22** (12) : 2327-39, 2020
- 4) Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, et al : Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* **11** (5) : 433-43, 2009
- 5) 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ。循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について〔<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784.pdf>〕（2018.4 参照）
- 6) Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, et al : Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol* **70** (15) :

- 1919-30, 2017
- 7) Gelfman LP, Kavalieratos D, Teuteberg WG, et al : Primary palliative care for heart failure: what is it? How do we implement it? *Heart Fail Rev* 22 (5) : 611-20, 2017
- 8) Munoz-Mendoza J : Competencies in palliative care for cardiology fellows. *J Am Coll Cardiol* 65 (7) : 750-2, 2015
- 9) Goodlin SJ : Palliative care in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 54 (5) : 386-96, 2009
- 10) Quill TE, Abernethy AP. : Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *N Engl J Med* 368 (13) : 1173-5, 2013
- 11) Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, et al : Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res* 116 (1) : 12-27, 2019
- 12) Shibata T, Oishi S, Mizuno A, et al : Evaluation of the effectiveness of the physician education program on primary palliative care in heart failure. *PLoS One* 17 (2) : e0263523, 2022
- 13) 日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン. 2021 年 JCS/JHFS ガイドライン, フォーカスアップデート版, 急性・慢性心不全診療, 2021 [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Tsutsui.pdf] (2021.7.9 参照)
- 14) 大石醒悟, 柴田龍宏, 高田弥寿子 編: 実践から識る! 心不全緩和ケアチームの作り方. 南江堂, 2018
- 15) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会, 専門的・横断的緩和ケア推進委員会: 緩和ケアチーム 活動の手引き. 第2版, 2013 [https://www.jspm.ne.jp/active/pdf/active_guidelines.pdf]
- 16) Hamatani Y, Takada Y, Miyamoto Y, et al : Development and Practical Test of Quality Indicators for Palliative Care in Patients With Chronic Heart Failure *Circ J* 84 (4) : 584-91, 2020

第 I 部

緩和ケアの新たな試みと視点

【特集 2】 セルフケア、マインドフルネスの視点からの
緩和ケア教育と研修

1. 海外のプログラムの紹介と日本での展開

A. Whole Person Care プログラム：マギル大学の医学教育の取り組み

恒藤 暁

(京都大学医学部附属病院 緩和医療科／日本 Whole Person Care 研究会)

はじめに

Whole Person Care プログラムは、カナダのマギル大学 (McGill University) で開発された教育プログラムである¹⁾。このプログラムは、医学生だけでなく、緩和ケア従事者、医療者、教育者、そしてすべての人々に「医療をどのように提供するのか」「医療をどのように受けるのか」「現代社会でいかに生きるのか」に関してきわめて示唆に富むものであると筆者は考えている^{1~5)}。今回、Whole Person Care プログラムの開発経緯、目的、コア・コンセプト、カリキュラム、教育方法について述べる。

開発経緯

「緩和ケアの父」と呼ばれている、バルフォア・マウント (Balfour Mount) 先生は、セント・クリストファー・ホスピス (St Christopher's Hospice) を創設したシシリー・ソンドース (Cicely Saunders) 先生に出会い、ホスピスと同様のケアができるように、1975年に世界初の緩和ケア病棟をロイヤル・ビクトリア病院 (マギル大学の教育病院) に開設した。カナダのフランス語圏では、「ホスピス」という言葉は孤児、貧困者、高齢者の収容施設を意味したため、マウント先生はそれに代えて「緩和ケア (palliative care)」という言葉造った。それ以降、緩和ケアという言葉と概念は、カナダだけでなく世界中に浸透していった。

マギル大学医学部長から「君が望む医学教育プログラムをマギル大学で立ち上げるつもりはないか」と言われ、1999年にマウント先生は、医療

に「癒し (healing)」の概念を取り入れた Whole Person Care プログラムの開発に着手した。ワーキンググループを立ち上げ、多くの診療科や部門の医師が参加し、2年間にわたって会合がもたれた。そしてマギル大学の医学教育において、Whole Person Care はコア・カリキュラムに位置づけられている³⁾。

現在の Whole Person Care プログラムの責任者であるハッチンソン (Tom Hutchinson) 先生は、『Whole Person Care プログラムの概要を教えてください』と何度も言われてきたが、断固拒否してきた。なぜなら教育指針だけ提供してどのように利用するかを伝えなければ、簡単な食材のリストだけを伝えて料理方法を教えないようなものである」と述べている。つまり教育指針だけでは不十分で、体験学習という教育方法が不可欠であることを『Whole Person Care 教育編』の著書の中で具体的に述べている⁴⁾。そして、Whole Person Care プログラムの教育を担うことは「やりがいがあり、魂が震え、ワクワクする」とハッチンソン先生は述べている⁴⁾。

目 的

医学教育の基礎を築いたウィリアム・オスラー (William Osler) 先生は、「良い医師は病気を診る。偉大な医師は病気のある患者を見る」と述べている。故障した機械のように患者を修理する熟練した技術者としか医師を捉えない、還元主義的な医療の対極に Whole Person Care は位置している。臨床現場での困難な「現実」に直面する時に役立ち、注意力を高める臨床能力を養うことを強調している。さまざまなワークと演習を通して、「癒

し」,「マインドフルネスにある気づき (mindful awareness)」(mindfulness: 今この瞬間の現実に常に気づきを向け, その現実をあるがままに知覚し, それに対する思考や感情にはとらわれないでいる心のもち方や存在のあり様),「調和のとれた態度 (congruence)」(自分, 相手, 状況の3要素に気づいた状態) の理解と実践を目指している。

マギル大学の医学教育では, 医師としての診断と治療の知識や技術を身につけるだけでなく, それ以上の医師になることが求められている。それは癒しを促進する全人 (whole person) として関わる医師である。医学教育の全過程を通した体験学習によって, そのような変容は起こりうると考えられている。

コア・コンセプト

Whole Person Care のコア・コンセプト (core concept) を述べる。カドゥケウス (caduceus: 古代ギリシアの神ヘルメスの携える杖) が Whole Person Care を象徴している (図1)。白い蛇は「治療」を, 黒い蛇は「癒し」を表している。この二面性を表すために, ヒポクラテス (Hippocrates: 紀元前 460 年頃～紀元前 370 年頃, 古代ギリシアの医師) は治療を, アスクレピオス (Asclepius: ギリシア神話に登場する名医。優れた医術の技で死者すら蘇らせた, 医神としての象徴的存在) は癒しを表している。そして患者と医師の視点による治療と癒しの異なる相違点を表1に示す³⁾。

白い蛇 (ヒポクラテスの医療) では, 患者は治してほしいと思って問題を持ってくる。患者は生に執着する。これは身体的な生命だけでなく, 現在の生活の継続も含む。患者の自己像は, 除去してほしいと願っている疾患や問題の影響を受けている。ここでは, 医師は疾病に焦点を当てる。コミュニケーションは, 情報をデジタル的手段によって意識的に行う。力は医師の側にあり, 医師は有能な技術者として存在する。ここでの認識はサイエンスを基とし, 標準化されたマネジメントを目指す。問題の過程は単純な場合もあれば複雑な場合もある。複雑な過程 (complicated



図1 Whole Person Care を象徴するカドゥケウス

process) とは, 一連の手順があり, それを踏めば予測可能な結果にたどり着くものである。

黒い蛇 (アスクレピオスの医療) では, 経過は異なる。ここでは, 患者の苦悩に焦点が当てられ, 求められるものは癒しである。患者に求められる行動は手放すことであり, 自ら変化し成長することに目を向けていく。患者自ら病に取り組み始めるのである。ここでは, 医師の仕事も患者と同様に異なる。医師は人間としての患者に焦点を当てる。コミュニケーションのおもな目的は関係性であり, アナログ的手段による。アナログ・コミュニケーションとは, 姿勢, ジェスチャー, 顔の表情, 声の抑揚, 流れ, リズム, イントネーションなど非言語的に表現され, その手がかりは対話の文脈の中に存在する。このコミュニケーションの大部分は, 無意識的になされる。力は患者と分かち合われ, 医師は傷ついた癒し人として存在する。ここでは医師の個性と患者の個性との対話がなされ, アートを基とし, 個別的なものとなる。この過程は複合的である。複合的な過程 (complex process) とは, 評価したり再現したりすることが困難なものであり, 再現性がなく, 曲線的である (直線的でない)。それはある患者に役立つ言葉が, 別の患者では正反対になることがあり, 不安定な過程である。複合的な過程は, 臨床医学の原点である。

患者の視点からも, 医師の視点からも, 治療と癒しのそれぞれの過程が根本的に異なっている。同時に両者は相乗的でもある。表1の横の行のどれを見てもそのことを確認することができる。たとえばコミュニケーションの行を見ると, 医師が

表1 Whole Person Care における 2 匹の蛇と医療の二項対立

	白い蛇（ヒポクラテスの医療）	黒い蛇（アスクレピオスの医療）
患者		
問題	症状や機能障害	苦悩
可能性	治療されること	癒し
行動	執着すること	手放すこと
目標	長生きすること	成長すること
自己像	疾患の影響を受ける	病いに取り組む
医師		
焦点	疾病	病いのある人間
コミュニケーション	内容	関係性
デジタル	デジタル	アナログ
	意識的	無意識的
力	鑑別する力	分かち合う力
存在	有能な技術者	傷ついた癒し人
認識	サイエンス	アート
マネジメント	標準化	個別化
過程	単純または複雑	複合的

内容を明確に伝えることも、思いやりをもって患者と関係性を築くことも、非常に重要であることが分かる。治療と癒しはどちらも医療の本質であり、相違のかつ相乗的である。そしてより良い医療を提供するためには、両者を並行して実践する必要がある。

カリキュラム

マギル大学医学部（北米の医学部は大学を卒業した学士を受け入れる 4 年制）の全 4 年間のカリキュラムにおいて、Whole Person Care の教育は段階的に行われている。具体的には、クラス全体を対象とした授業、クラスを半分に分けた授業、小グループ（20 人）による体験学習、シミュレーション教育（実際の臨床場面をリアルに再現した状況で、学習者がその経験を振り返り、話し合いを通して知識、技術、態度の統合を目指す教育）、パネル討論会などが行われている。

各学年の概要は、次のようになっている。1 年生では「感化期（inspiration）」として、学生の利他的な心を育み、活かすことができるように授業を 6 回行っている。医療における「癒し」「プ

ロフェッショナリズム（professionalism）」「苦悩と意味」「全人」などがキーワードであり、臨床現場において患者と深く関わるのがいかに重要であるかを強調している。

2 年生では「準備期（preparation）」として、『マインドフルネスにある医療実践コース（Mindful Medical Practice Course）』を開講し、厳しい臨床実習の要求に向けて学生に準備させる。1 グループを 20 人の学生に固定して、7 週間にわたる授業を金曜日の午前中に 1 回 90～120 分で行っている。隣り合わせの 3 つの教室で同時に行うように設定しており、7 週間で 60 人、6 カ月で合計 180 人になる（1 学年の学生数は 180 人）。7 回の授業の題名は「注意力と深い気づき」「コミュニケーションにおける調和のとれた態度」「深い気づきと医療での意思決定」「臨床的調和」「レジリエンスの育成」「苦悩への応答」「臨床実習以降のマインドフルネスにある臨床的調和の実践」となっている。このコースの教育指針や教育方法は、『Whole Person Care 教育編』で詳細に述べられている⁴⁾。

3 年生では「適応期（application）」として、1～2 年生で学んだことを思い出し、日々の臨床実

習に適應できるように促す。ストレスや葛藤のある臨床場面での対応において「いかにマインドフルネスにある臨床的調和を保つか」についてシミュレーション教育を中心に進めている。学生は臨床実習で患者や他の医療者と困難な状況に向き合っている。意表を突かれ、驚いたり、狼狽したりするような臨床現場を再現するロールプレイ（現実にかかる場面を想定して複数の人がそれぞれの役を演じ、擬似体験を通してある事柄が実際に起こった時に適切に対応できるようにする学習方法）を短時間行い、2人1組になって「振り返り（debriefing）」（元来、軍隊用語で前線からの帰還兵に報告を求めることを意味した。振り返って語ること）を行う。その後、グループ全体で「うまくいったこと」「改善すべきこと」などを話し合い、行動と思考の変容を促す。

4年生では「移行期（transition）」として、臨床実践する際の特定の課題に対する学びに焦点を当てる。ここでは学生自身が困難と感じた臨床場面に焦点を当てる。1日かけて臨床判断に関するセッションを行う。研修医になるにあたって、学んできたこととその関連性を統合する。

このように Whole Person Care プログラムとして4年間にわたる教育を展開している。このカリキュラムの目標は、より良い医療を患者に提供できる有能かつ思いやりに溢れる医師を育成することである。

教育方法

Whole Person Care の教育の中心は、2年次に開講している『マインドフルネスにある医療実践コース』である。特にこのコースの教育方法はユニークであり、以下に概略を紹介する。

このコースは少人数体験学習として行われており、教室という環境は重要である。これにふさわしい環境とは、学習を妨げるものを取り除くことである。教室の必要条件は、①20人の学生が使用することができる教室の大きさ、②外部からの音を遮断するドア、③不透明または半透明で外部から見えない壁、④可動な椅子や机（授業開始前に移動）、⑤ホワイトボードとマーカー（黒板と

チョーク）、⑥視聴覚機器である。授業では、①携帯電話、ノート型パソコン、筆記用具の使用禁止、②スライド、図・表の資料は使用しないことにしている。

教室に椅子を円形に並べ、不必要な椅子や机は教室の外に出す。教官は学生と一緒に円形に並べた椅子に座り、誰も排除せず、平等（座席による暗黙のヒエラルキーは存在しないこと）と公平（誰も陰に隠れることはないこと）の価値観を共有し、マインドフルネスにある教官を体現する。

授業では、「教えるのではなく、気づくようにする」ことを第一にしている。テーマが紹介され、興味がそそられる問いを投げかけることが肝心である。授業は個人とグループで取り組む一連のワークや演習で構成されている。各ワークの概要を説明するが、説明しすぎないようにする。事前に教えるのではなく、体験を通して学生自ら学べるようするためである。説明するのではなく、学生が注意を向けようとした時に何が起きるかを実際に体験し、それを分かち合うことで深く理解することになる。具体的なワークとして、「変化盲の動画視聴」「反応と応答」「コミュニケーションの態度」「マインドフルネスと調和の取れた態度」「医療過誤の動画視聴」「臨床的調和の体現（ロールプレイ）」「燃え尽き症候群」「苦悩に対して『役立つ応答』と『役立たない応答』」「命の長さを意識する」「氷山の比喩」などである⁴⁾。

また、学生はさまざまな演習に取り組む。今この瞬間に身体感覚、感情、思考という意識の3領域で今この瞬間に起きていることを、学生自ら体験することを基本にしている。今体験していることにしっかり留まることにより、批評したり、投影したり、知的に過剰な解釈をしたりすることが減り、自分自身について新たに学ぶ可能性と信頼性が高まる。具体的な演習は、「気づきの演習」「赤いものを探す演習」「携帯電話の演習」「マインドフルネスにある動き」「地に足をつける演習」「音風景の演習」「STOPの演習」「自分と同じように思い描く演習」などである⁴⁾。これらを行って五感を活用する多様な体験ができるようにしている。

このように外的および内的な環境をふさわしく

調べ、体験型および対話型の学習機会を提供する時に、「変容的学習（transformational learning：成人が習慣化した自身の認識枠組みを検討し、能動的に改めてゆく過程）」が起こりうる。

おわりに

Whole Person Careを「いかに教えるか」「いかに学ぶか」が永遠の課題である。そのためには、今この瞬間の現実（自分、相手、状況）に気づきを向けながら、自ら全人となり、日々新たに取り組み続けることが奥義になるであろう。現代社会では、「することモード（doing mode）」に重きが置かれ、「あることモード（being mode）」が非常に少なくなっている。自分自身のあり方を見

直し、全人として存在する態度を身につけることが肝要になっている。

文 献

- 1) Programs in Whole Person Care [https://www.mcgill.ca/wholepersoncare/]
- 2) トム・A・ハッチンソン 編：新たな全人的ケア：医療と教育のパラダイムシフト。青海社、2016
- 3) トム・A・ハッチンソン：Whole Person Care 実践編：医療 AI 時代に心を調べ、心を開き、心を込める。三輪書店、2020
- 4) スティーブン・リーベン、トム・A・ハッチンソン：Whole Person Care 教育 編：マインドフルネスにある深い気づきと臨床的調和。三輪書店、2022
- 5) 日本 Whole Person Care 研究会 [https://www.hospat.org/wpcj-index.html/]

1. 海外のプログラムの紹介と日本での展開

B. 医療者の燃え尽き防止プログラム GRACE

(1) GRACE 開発の経緯と概要

高宮有介

(昭和大学医学部 医学教育学講座／日本 GRACE 研究会)

はじめに

世界的な COVID-19 の感染拡大により、多くの人々、特に医療者は疲弊してきた。こんな時こそ、過去を振り返らず、未来の不安を置いて、今ここに集中して生きるマインドフルネスが必要である。また、利他性や共感、誠実、敬意、関与から成るコンパッション（思いやり、慈悲）も不可欠である。しかし、日常生活や臨床に活用するには不明確な部分も多い。GRACE は、マインドフルネスを活用し、コンパッションに根差した実践的なプログラムである。本稿では、GRACE が創設された経緯やその具体的な内容、わが国で紹介され、広まった経過や今後の展望について述べる。

GRACE 創設の経緯

GRACE は、死の臨床に 45 年間関わってきた米国の医療人類学者で僧侶のジョアン・ハリファックス老師を中心に、看護倫理の専門家であるジョンズ・ホプキンス大学看護倫理学部のシンダ・ラシュトン教授、腫瘍内科・緩和ケア医であるワシントン州立大学医学部のアントニー・バック教授の 3 者により開発された。

もともと、1990 年に死にゆく人のケアに携わる専門家の燃え尽き防止プログラムとして始まり、Being With Dying (BWD: 死にゆく過程とともにある) と呼ばれる 8 日間のトレーニングとして展開されていた。会場はニューメキシコ州サンタフェに設立されたウパヤ禅センターであっ

た。仏教瞑想を基軸にヨガやカウンスルと称するグループワークを織り交ぜながら、ケアする自分自身のあり方や死生観について探求するプログラムであった。

しかし、多忙な医療者にとって 8 日間のプログラムに参加することは難しく、2014 年に 2 泊 3 日の凝縮されたプログラムとして再構築された。Being With Dying のエッセンスを最新の脳科学や認知科学の成果に基づいて整理し、コンパッション（慈悲、思いやり）に根差したケアのあり方を育む内容である。先に紹介したジョアン・ハリファックス老師、シンダ・ラシュトン教授、アントニー・バック教授により、直接指導されてきた。

GRACE の概要

GRACE は、忙しい現場で使えるように 5 つのコンパクトにまとめられたステップの頭文字から作られた名称である（表 1）。

① G: (Gathering attention and Grounding) 身体感覚に注意を集中し、呼吸を整え、地に足をつける。

② R: (Recalling intention) 何をしようとしているのかという意図を思い起こす。

③ A: (Attuning self then others) まずは自分の身体・感情・思考に意識を合わせてから他者に意識を合わせる。

④ C: (Considering what serves best) 何がその場で最も役に立つのかをよく考える（この時、Not knowing: 私は知らない, Beginner's Mind: 初

表1 GRACE の5つのステップ

- ① G : Gathering attention and Grounding
注意を集める。地に足をつける。
- ② R : Recalling intention
意図を思い起こす。
- ③ A : Attuning self then others
まず自己の身体・感情・思考に意識を合わせてから他者にも意識を合わせる。
- ④ C : Considering what serves best
何がその場で最も役に立つのかをよく考える。
(Not knowing : 私は知らない, Beginner's Mind : 初心で白紙で関わる)
- ⑤ E : Engaging, Enacting and Ending
関与し、成すべきことを行い、そして終了する。

心で白紙で関わるという謙虚な姿勢が重要である)。

⑤ E : (Engaging, Enacting and Ending) 関与し、成すべきことを行い、そして終了する。

以上の5つの実践で、それぞれ3時間くらいの瞑想、講義、ワーク、フィードバックで構成されている。研修会では、イントロダクション、まとめを含めた7部で構成されている。途中、カウンセラーと称するグループワークを行う。これは、参加者が円座になり、中央に置いたトーキングスティックを手にとった人だけが話すことができるルールである。他の参加者は黙って傾聴する。ネイティブアメリカンの部族の話し合いが起源といわれている。

GRACE の臨床での実践例

たとえば、あなたに怒りをぶつける患者（進行がんを伝えられた直後かもしれない）、早く死にたいと繰り返す患者がいたとする。医療者として、その患者の部屋に行くのは足が重いかもしれない。部屋に入るのを躊躇するだろう。その時に、① G : (Gathering attention and Grounding) 身体感覚に注意を集中する。不安があると、呼吸が速くなったり、浅くなっているかもしれない。呼吸を調べ、床にしっかりと足を降ろしたイメージをする。次に② R : (Recalling intention) 意図を思い起こす。なぜ医療者になったのか、緩和ケアの道になぜ進んだのか、この患者となぜ向き合っ

ているか、深い動機や意図を思い起こすのである。

③ A : (Attuning self then others) 普段は相手の言動に最初に注意が行くが、まず、自分の身体や心の変化を見つめ、そして相手の感情の動きを観察し合わせていく。④ C : (Considering what serves best) 今やるべきことを冷静に考える。ここで、Not knowing : 私は知らない, Beginner's Mind : 初心で白紙で関わる、を思い出す。いつも怒っている患者、早く死にたいと言っていた患者は、今日は違う状況かもしれない。心を白紙にして関わっていく。⑤ E : (Engaging, Enacting, Ending) しっかりと関わる。その時の最善を尽くしたら、1度それは忘れ、終わりにする。そして、次の患者、次の仕事に集中していく。勤務を終えたら、その患者のことは終わりにして、プライベートな生活に戻っていく。この時、自分のルーチンを決めておくとうまいだろう。たとえば、COVID-19 感染拡大から日常的となっている入念な手洗いの際に、その日の気がかりを洗い流すのも1つの方法である。

コンパッションを育む

コンパッションは、日本語で慈悲、思いやりなどと訳されるが、統一された訳語はない。ジョアン・ハリファックス老師は、コンパッションの構成要素として、利他性、共感、誠実、敬意、関与の5つの資質を挙げ、以下のように説明している。利他性は、本能的に無私の状態で他者のために役立とうとすること。共感とは、他者の感情を感じ取る力。誠実は、道徳的指針をもち、それに一致した言動をとること。敬意は、命あるものやものごとを尊重すること。関与は、しっかりと取り組むが、必要に応じて手放すこと。一方、5つの資質は、1歩間違えると崖（エッジ）から足を踏み外すように害となってしまう。すなわち、病的な利他性、共感疲労、道徳的な苦しみ、軽蔑、燃え尽きである。GRACE を実践することにより、5つの資質の状態になり、負の側面に陥っても、健全な状態に戻れるように導いてくれるとしている。

わが国での展開と今後の展望

日本では、2015年に奈良の長弓寺で3名の創設者を招いて初めての研修会が開催された。50名ほどの参加があり、毎年研修会を開くと共に、関西、東京、沖縄で毎月の勉強会を展開してきた。2018年には日本 GRACE 研究会が創設され、第1回年次大会を昭和大学で開催し、毎年年次大会を催してきた。現在、筆者が世話人代表を務めている。第2回は大阪で対面開催を実施したが、第3回、第4回はコロナ禍のため、完全 web 開催とした。

支部活動であるが、GRACE 東京研究会は108名が登録しており、2015年より、筆者を中心に毎月、抄読会、事例検討、さまざまな瞑想体験などを行ってきた。また、関西 GRACE 研究会は、村川治彦世話人が主催するオープンな集まりと、山下公子世話人が主催する医療従事者対象の勉強会を開催している。登録者数は160名、医療従事者数は110名で、毎月、グランディング、近況報告、読書会・体験・意見交換を行っている。さらに沖縄では、うちなー GRACE 研究会と称し、笹良剛史世話人らを中心に98名が登録しており、ボディワークと GRACE の体験ワークを行う勉強会を開催している。

また、2018年にジョアン・ハリファックス老師、シンダ・ラシュトン教授、アントニー・バック教授によりオンライン講座が制作され、米国ではすでに活用されている。30分×15本の動画とワークブックにより構成され、自己学習が可能となっている。現在、GRACE 東京研究会の有志で翻訳および字幕制作を行っており、2022年中に日本語での視聴が可能となる。

オンライン講座、年次大会、研修会、毎月の東

京、関西、沖縄での勉強会を基軸に、GRACE を広めていきたいと考えている。COVID-19 禍で、人が集まることが難しくなっているが、一方でオンラインによる会議や研修会も盛んになっている。東京の勉強会に北海道や沖縄から参加することも可能であるし、時差を考慮すれば海外からの参加も可能となり、場所を越えた交流が展開されている。

おわりに

GRACE では、各ステップが直線的・段階的なものではなく繰り返し行われることが強調される。多忙な臨床の現場では、プロセスを実践することは難しいかもしれないが、「まず立ち止まり呼吸を意識し地に足をつけること」が重要である。最初は、5つのステップをたどることは時間がかかるかもしれないが、次第に短時間で実践でき、場合によっては自動的に起こるようになる。COVID-19により、医療現場のひっ迫、面会制限などにより、医療者の抑うつや燃え尽きも懸念される。GRACE を取り入れることにより、医療者として、そして個人として、コンパッションに満ちた人生となることを願っている。

参考文献

- 1) ジョアン・ハリファックス：死にゆく人と共にあること—マインドフルネスによる終末期ケア。春秋社, 2015
- 2) ジョアン・ハリファックス：コンパッション—状況にのみこまれずに、本当に必要な変容を導く、「共にいる」力。英治出版, 2020
- 3) 村川治彦：GRACE—コンパッションに基づくケアのためのトレーニング。Cancer Board 4 (1): 70-75, 2018
- 4) 高宮有介, 土屋静馬：セルフケアできていますか—マインドフルネスを活かして。南山堂, 2018

B. 医療者の燃え尽き防止プログラム GRACE

(2) エキナケア(緩和ケア病棟)における GRACE の実践報告

堀口朋美^{*1} 齊藤素子^{*2}

(^{*1} 福井赤十字病院 看護部, ^{*2} 同 外科)

エキナケアでの導入から現在まで

当院では、2015年4月に開設したエキナケアで、ストレスマネジメントとして2016年7月からG.R.A.C.E.（以下、GRACE）を導入している。急性期病棟から死に逝く人たちのケアをする病棟へ勤務異動した看護師たちが抱えている心の葛藤に対する支援として始めた。2015年からヨーガ講師でもある齊藤医師がエキナケア看護師ヘリラックス目的のヨーガを提供しており、その中にGRACEの実践を取り入れることからスタートした。同時に、新たに作成した病棟用GRACEプログラム（表1）を、勤務開始時に日勤者全員で実践後、患者サイドに行くことが定着した。そして、2017年4月1日、ジョアン・ハリファックス博士がエキナケアを訪れ、対話の機会に恵まれたことで、GRACEへの理解が深まり、実践の意義を実感した。2018年5月に「今の身体感覚に意識を戻す」タイミングを具体的に複数の場面で想定し、その1つを朝の実践時にリーダーが選択し、勤務中にその場面に遭遇したら自ら実践することを追加した。スタッフは、毎日の実践で効果を感じ始めた。

2020年、エキナケアはコロナの影響を受け閉鎖され、スタッフは他の病棟への勤務異動を余儀なくされた。2カ月後、エキナケア再開時に行ったデブリーフィングの語りのなかに現れていたGRACEの効果として、勤務移動先の不安と緊張のなか、「患者と関わる前に一呼吸おく」など、GRACEのGを実践、そして、「必要な人には時間を作り関わる」「丁寧なケア、家族と共にケアをした」など、エキナケアでの経験を活かした意図的な関わり・実践があった。スタッフの多く

表1 朝のGRACEプログラム

- ① まず注意を集中し、足の裏と座骨で地面を感じる（グランディング）。
「なぜ自分がここにいるのか」意図を思い出し、自分に波長を合わせる。
※この自分の感覚に意識を向けることに最も時間をかける。
- ② 自分が患者のところに行くことを想定して、「相手に合わせる」「しっかりと向き合う」「やるべきことを行ったら区切りをつける」ことをイメージする。
- ③ 再度意識を集中して、「今日1日お願いします」というリーダーの声かけで終了。

が、エキナケアは苦痛のある患者家族にとって必要な療養場所だと確信している。また、14人中10人（71%）が「勤務移動先の病棟で、GRACEを意識していた」と話した。日々、エキナケアで実践していた「勤務開始時の自分の身体や心に意識を向ける」「看護実践と結びつけながら今に意識を戻す」GRACEは、有事においても、一呼吸することで自分に意識を向け、自分の先入観を手放して、相手に意識を向けることにつながっている。そして、相手に寄り添う納得のいく看護実践がスタッフのストレス緩和になっていると実感した。

新しい取り組み—コロナ病棟への導入

2020年3月、コロナ感染患者を受け入れた病棟師長から、看護師への支援について相談があった。未知の感染症患者と向き合うためには、不安を抱えている自分自身の「身体」に注意を向け、今ここにいる意図を思い出し、自分の状況を眺め

てから患者に向き合うことが大切だと考え、気づく力を育む GRACE の導入を提案し、実践が始まった。第 1 波の終息と共に一時中断したが、入院患者の増加に伴う落ち着かない気持ちに対して GRACE は再開され、現在も継続中である。

まとめ

ストレスを少しでも軽くしたいという思いから

始まった GRACE の実践だが、実践を継続することで得た気づきは、以下の 3 点である。①ストレスをなくすのが目的ではない。②自分の身体や心の状態に気づく力を育むことでストレスに対する向き合い方が変わる。③レジリエンスを高めるためのトレーニングである。

以上より、GRACE は、急性期病棟でも有用であり、日常の看護のあり方に意識を向け、看護の質を向上させる実践体系であると考ええる。

B. 医療者の燃え尽き防止プログラム GRACE

(3) 急性期医療と GRACE

杉浦明日美

(米沢市立病院 救急科・集中治療科)

はじめに

GRACE は看取りに携わる医療従事者の燃え尽き防止プログラムとして開発され、わが国でも展開されている。看取りや GRACE という緩和医療分野に特化したものと思われがちだが、急性期医療現場でも大いに応用できると実感している。

急性期医療現場の日常

たとえば筆者の場合、入院患者診療を集中治療室（ICU）で、急患対応を救急外来などで、場所や相手を変えながら並行して複数の患者診療を余儀なくされることがある。さらに新型コロナウイルス感染症パンデミックで、家族が患者やわれわれと対面で話せる機会が圧倒的に減ったことは、事態を複雑化させた。

こんな場面を想像してほしい。——入院中の患者が集中治療の甲斐なく急変し、そのことを家族に電話で伝えなければと思っていた矢先、救急車ホットラインが鳴る。救急初療の結果、急患はなんとか安定し ICU に入院できる状態になったところで、今後面会が制限される家族から「ほかにコロナ患者さんがいることで、うちの息子が蔑ろにされませんか？」と声をかけられ、どう返答したら良いか言葉に詰まる。そして ICU に戻ると、病院食を満足気に食べている 1 人の患者が通路から目に入る。急性期を乗り越えた高齢者で、退院は視野に入ってきたが身寄りがなく、どうやら未診断の認知症がある模様。このまま自宅に戻れば、今回入院のきっかけとなった「熱中症で倒れている」を繰り返してしまうのではないかと、さてどうやって退院調整をしようかと思いをめぐらせる。

る。

このような光景はめずらしくなく、救急室や ICU を駆け回ってとにかく「忙しく」働く医療者は少なくない。ある患者の目の前に居ながらにして別の患者のことを考え、あの方針は正しかったのだろうかとの思いを引きずったり、疑問や不安、疲労感や非達成感をもち、そして忙しさにかまけて患者や家族に素気ない言動をしたことで関係不和を招いたりなど、患者、医療者双方にとって望ましくない事態を招きかねない。それがいずれ、燃え尽きの一因となることも考えられる。実際、筆者も気をつけないとこのような行動パターンに陥っていると気づくことがある。

GRACE を頭に置いて臨床実践してみる

そこで GRACE を思い出し実践してみる。1 人ひとりベッドサイドへ向かう際に Grounding から始め、私の役割は何か、今自分はどう感じているか、目の前の患者さんはどうか、現状で最も役に立つ行動やかけられる言葉は何か。患者 1 人ずつ丁寧に、1 つひとつ句点を打つように区切りをつけて、まずは 1 度手放す、を意識する。

この 1 つずつのステップを確認して実践すると、多様な背景や経過をもつ患者に対しての決断がクリアに、またこれが正解というものはない医療において、患者にとって現状で何が最良かを共に選択できている実感をもつことができる。そして寄り添う自分自身を保つこと、言い換えればコンパッションをもって接していても共感疲労を感じにくく、結果「良い」医療につながると感じている。

急性期医療—特徴と課題

急性期医療では患者の「その時」は突然やってくる。突然であるがゆえに、患者・家族の心は準備不足で心理的苦痛は非常に大きく、短時間で判断して決断せざるをえないことが多くある。医療者からしてみれば、初対面の短時間でいかに患者側と良好な関係を築き、伝えなければならないことを伝えるという、心を使う大きな仕事がある。社会的事情も刻々と変化し、特にパンデミック下で「命の選択」という、医療者にとって倫理観を強く害される事態も発生した。逆らえない事態を

扱う医療において「答え」は1つではない。そのなかで各医療者が自分の軸を保ち、凜としてさまざまな課題を乗り越えていくことが求められる。

おわりに

マインドフルネスやコンパッションに基づいた医療を行うことは、患者が受け取る益のみならず、接している医療者の well-being を保つために有用だと考える。緩和医療に限らず、急性期も含めた広い分野にコンパッションに基づいたケア・セルフケアが浸透することを願っている。

2. わが国で実践している医療者向けプログラム

A. レジリエンスと思いやりを構築する マインドフルネス・プログラム

藤澤大介^{*1,2} 朴 順禮^{*3} 佐藤寧子^{*4}

(^{*1} 慶應義塾大学医学部 医療安全管理部, ^{*2} 同 精神神経科, ^{*3} 慶應大学 看護医療学部, ^{*4} 慶應大学 SFC 研究所)

医療従事者のストレスと バーンアウト

多くの医療従事者が経験する長時間労働、過剰な業務量、組織的サポートの欠如、生死に関わる苦悩や、患者・家族コミュニケーションや意思決定上の倫理的ジレンマは、医療従事者に無力感、喪失感、怒りなどをもたらし、こうしたストレスは、バーンアウトを招く危険性がある。高いストレス、バーンアウトは患者満足度の低下や医療ミスの増加につながる。

医療従事者のストレス、バーンアウトへの対処として、勤務体制の改善などの構造的・組織的アプローチと、セルフケアを取り入れるなどの個人的アプローチがある¹⁾。後者の例としてはリラクセーション・トレーニングやストレスマネジメント・プログラム、認知行動療法などがあるが、その1つにマインドフルネスを用いたアプローチがある²⁾。

マインドフルネスと コンパッション

マインドフルネスとは、「今この瞬間」に対して価値判断せず注意を払うことから得られる気づきのことであり、臨床において、自分自身や相手（患者や同僚）が必要としていることに敏感であることに役立つ。また、生命も含めあらゆる事物が移ろいゆくものであることを理解し、身の回りのことへの敬意や感謝につながる。マインドフルネスの実践は瞑想などを通じて身体感覚に焦点化し、注意制御、感情調節、メタ認知の獲得、自

己認識の変化などを通じて、心身の安寧につながると考えられている³⁾。

マインドフルネスを用いたアプローチは、倫理的ジレンマを感じるような、具体的手立てをもって解決できる状況でない場合に特に有用と考えられる。問題解決に基づくアプローチは、解決策が見出せそうな事柄に対しては有用であるが、明確な解決がない場合には、限界、無力さを感じ、かえってストレスを高めてしまう危険性がある。一方で、マインドフルネスなど受容に基づくアプローチは、人々が不確かなものを受け入れ、コントロールできない、あるいは変えられない事柄（病気の進行、究極的には死）への根本的な無力感をどう受け入れるかを学ぶ機会となる。

コンパッションは、苦しみに寄り添い、その緩和を心から願う行為であり、自分にも相手にも思いやり・いたわりを向ける行動である⁴⁾。医療従事者のコンパッションを育むことは医療従事者自身のストレスケアに役立つだけでなく⁵⁾、患者の不安の軽減や生活の質の改善につながることが示唆されている⁶⁾。

医療従事者は、もともと利他的な意図をもって職業選択したはずであり、コンパッションに基づく行為を行っている時は、活動に意義を感じ、労働負荷が高くても疲弊しない可能性が高い。他方、相手に尽くすあまり、自分自身のケアを怠ると燃え尽きに至ってしまう。患者に対しても自分自身に対しても mindful で compassionate であることが医療従事者には大切である。

マインドフルネスやコンパッションは、単に概念にとどまるものではなく、日々の実践に役立つ。自らの“意図”に沿った行動を選び、患者や

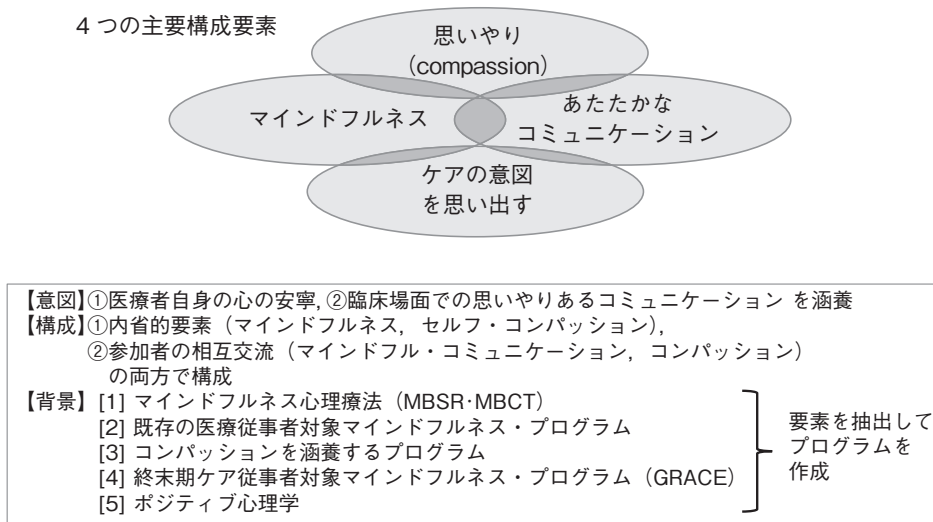


図1 MaHALO プログラムの論理的基盤

同僚と心のこもったコミュニケーションをもつことでそれは具現される。

MaHALO プログラムの開発

筆者らは、医療従事者のマインドフルネスとコンパッションを育み、ストレスやバーンアウトの改善を目的とした、医療従事者向けマインドフルネスプログラム (Mindfulness for health professionals building resilience and compassion: MaHALO プログラム) を開発した。

筆者らは、プログラムが、たんに自身のストレスマネジメントだけでなく、患者に対する思いやりのあるケアの実践につながるものであることが、医療従事者の職業的満足を高め、医療従事者のストレス低減・燃え尽き防止につながると考えた。すなわち、「医療者自身の安寧→患者の癒し→医療従事者の癒し」という「癒しの相互循環」を支援することが大切と考えた。そこで、「医療従事者と患者の癒しの相互循環」の基盤としてマインドフルネスとコンパッションを両輪とし、そこに、「意図を思い出すこと」と「あたたかなコミュニケーション」を加えて4つの柱とした。

その基盤は、マインドフルネス・ストレス低減法 (Mindfulness-based Stress Reduction: MBSR)、マインドフルネス認知療法 (Mind-

fulness-based Cognitive Therapy: MBCT)、医療従事者のコンパッションに根ざしたケアの実践を体系化した GRACE プログラム (Halifax, 2013)、ポジティブ心理学等である。GRACE プログラムは、精神医学、心理学、医療倫理、脳科学・神経科学の知見からなり、次の5つのプロセスによってコンパッションに基づいたケアの実践に導く。すなわち、G: Gather attention (注意を集める)、R: Recall our intention (意図を思い出す)、A: Attune to self and then other (自らと調子を合わせ、それから相手と合わせる)、C: Consider what will serve (何が役立つかを熟考する)、E: Engage and end (関与をもって実行し、完了する)である (図1)。

MaHALO プログラムの内容

MaHALO プログラムは集団形式で、全体としては8週間の構成であるが、多忙な医療従事者が参加しやすいよう、対面で行うのは週末2日間のワークショップと4週後、8週後のフォローアップセッションのみとしている。それ以外の時間はインターネットを介した参加者のコミュニケーションやスタッフからのサポートを交えながら、ホームワークを実践していく。

2日間のワークショップでは、マインドフルネ

週末2日間のワークショップ

1日目午前	講義：マインドフルネスの理論とエビデンス 演習：レーズン・エクササイズ 昼食：食べる瞑想（演習）
1日目午後	演習：ボディ・スキャン 演習：坐瞑想（集中瞑想） ペアワーク：マインドフルに聴く・話す（各自の臨床体験） 演習：歩行瞑想・坐瞑想（観察瞑想）
ホームワーク	マインドフルに味わう体験
2日目午前	グループワーク：ホームワークの振り返り 演習：動作瞑想・坐瞑想 講義：コンパッション→演習：コンパッション瞑想 ペアワーク：マインドフルに聴く・話す（コンパッション） 演習：3分間呼吸瞑想
2日目午後	演習：マインドフル・ヨガ 演習：GRACE法 演習：心に栄養を与える行動の促進 グループワーク：マインドフルに聴く・話す（2日間の感想）



各自の生活・臨床現場で継続（8週間）

- ・ホームワーク
（ワークブックとCD音源）
- ・ブログ、メールでのつながりの維持

フォローアップ・ワークショップ（4・8週間後）

図2 MaHALO プログラムの構造



グループワーク（マインドフル・ヨガ）



ホームワーク資料（ワークブックと瞑想CD）

図3 MaHALO プログラムの風景

スおよびコンパッションに関する講義、瞑想の実践、臨床体験をもとにしたエクササイズを行う。たとえば、「マインドフルに聴く、話す」エクササイズでは、参加者は2人1組になり、1人が「あなたにとって忘れられない臨床経験、またはあなたに大きな影響を与えた臨床経験について教えて

ください」と尋ねる。尋ねられた側は自身の体験についてマインドフルに考え、話す。体験を想起し、話す時にどのような感情、身体感覚、考えが浮かんできたかに注意を払う。尋ねた側も同様に、耳を傾ける間にどのような感情、身体感覚、考えが浮かんできたかに注意を払う。最後にお互

表1 8週間のプログラムの内容

1. さまようところに気づく
2. 身体を感じる
3. 日常生活のマインドフルネス
4. 感謝する
5. 思いやりのところを育む
6. ところをオープンにする
7. レジリエンスを育む
8. 絆を結ぶ／あるがままに

いに感想をシェアする。こうしたエクササイズによって、医療従事者としての意図に触れ内省することや、臨床現場での困難や苦悩を経験する仲間としての参加者同士の相互交流が促され、新たな気づきの機会となる（図2, 3）。

8週間にわたるホームワークを行うにあたっては、日々の実施内容が記載されたポケットサイズのワークブックと音源が配布される。参加者専用ホームページを設置し、日々の感想を共有できるようにし、参加者同士が直接会うことがなくとも、“つながり”を感じられるよう工夫している。4週後、8週後のフォローアップセッションは、その間の感想の共有、瞑想の実践、コンパッションに基づいたコミュニケーションのロールプレイなどを行う（表1）。

MaHALO プログラムの効果

MaHALO プログラムについては、初めに医療従事者 28 名を対象とした実施可能性試験を行った。参加者のうち 26 名がプログラムを終了し、ストレス度（Perceived Stress Scale：PSS）とバーンアウト（Maslach Burnout Inventory：MBI）が有意に改善し（PSS：pre（mean ± 2SD）= 28.7 ± 6.7, post = 23.3 ± 7.1, $p < 0.01$, MBI：pre = 9.6 ± 15.6, post = 2.9 ± 15.0, $p < 0.05$ ）、レジリエンスや思いやり、マインドフルネス傾向、主観的幸福感が介入前後で有意に改善または増加した⁷⁾。

この結果を受けて、がん・緩和ケアに従事する医療従事者を対象に RCT を実施した（UMIN000031435）。プログラムに参加希望し研究同意を得られた 70 名のうち、プログラムを完了した介入群 24 名、待機群 34 名を対象に解析を

行ったところ、介入終了時（8 週間後）のストレス度（PSS）は、介入群は待機群と比較して有意に低く、その効果は介入終了 4 週間後フォローアップ時でも持続していた（8 週：mean difference（95% CI）= -3.8（-6.2, -1.4, $p = 0.002$, 12 週フォローアップ時：-5.5（-7.6, -3.4）, $p < 0.001$ ）⁸⁾。また、レジリエンス、主観的幸福感などの正の側面についても有意な向上がみられた。

介入後のインタビューでは、介入前は「患者さんやスタッフと接する時、緊張でイライラすることが多かった」「自分をゆるせない」「後悔や怖さがある」といった臨床における苦痛の感情体験が多かったのに対し、介入後は、「プログラムで幸せになれたし、感情との付き合い方を学べた、優しさを感じる能力がアップした」「患者さんやスタッフとの関わりに役立つことができるし、不安定な感情を切り離すことで忙しいなかでも優しくなれる」「1 歩離れて自分をありのままに見ることや、呼吸を意識するようになり、不安定さを感じなくなった」「仕事だけでなく生活全般に役立つ。医療従事者でなくても人生を心地よく過ごせるヒントがある」「人生において、医療従事者としてマインドフルネスとコンパッションが重要だと分かり、これからも続けていきたい」と、自己コントロール感や優しさをもったケアの実践への変化が語られた。

今後の展開

このように MaHALO プログラムでは、医療従事者のストレス、バーンアウトの改善に効果があり、臨床での困難な状況に対処できるレジリエンスやウェルビーイングを高め、プログラム終了後も効果が持続することが示されている。今後の課題として、患者アウトカムの検証、実践の継続、普及・アクセシビリティの向上が挙げられる。

現在、筆者らの研究グループでは、MaHALO プログラムの卒業者を対象に定期的にオンラインでの瞑想会を行い、継続的な支え合いの場を提供している。また、プログラムのオンライン化を進め、アクセシビリティの問題を解消している（<https://mhalo.net/>）。COVID-19 下において、

それはますます意義を増していると考えられる。

謝 辞

本研究の一部は平成30年度～令和3年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）「がん支持療法としてのマインドフルネス認知療法の無作為対照試験と内受容感覚の検討（研究代表者：藤澤大介）」（18K07476）および平成30年～令和元年度慶應義塾学事振興資金「レジリエンスと思いやりを構築する医療従事者へのマインドフルネス Mindfulness for health professionals building resilience and compassion : MHALO プログラムに関する研究」（研究代表者：朴 順禮）によった。

文 献

- 1) West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., et al. : Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* **388** (10057) : 2272-2281, 2016
- 2) Virgili, M. : Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness* **6** (2) : 326-337, 2013
- 3) 佐渡充洋, 藤澤大介 : マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 日本医事新報社. 2018
- 4) Kirby JN : Compassion interventions. *Psychol Psychotherapy* **90** (3) : 432-455, 2017
- 5) Engen, H. G., Singer, T. : Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social Cognition and Affective Neuroscience* **10** (9) : 1291-1301, 2015
- 6) Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., et al. : Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliat Care* **15**, 6, 2016
- 7) 朴順禮, 藤澤大介, 佐藤寧子, 他 : 医療従事者へのマインドフルネスプログラム (Mindfulness for health professionals building resilience and compassion : MHALO プログラム) の実施可能性に関する研究. *Palliative Care Research* **13** : S256-S537, 2018
- 8) 藤澤大介, 朴順禮, 佐藤寧子, 他 : マインドフルネスとコンパッションに基づく医療従事者のストレス・燃え尽き低減プログラムの効果 : ランダム化比較試験. 緩和・支持・心のケア合同学術大会, 京都, 2020

2. わが国で実践している医療者向けプログラム

B. 看護師のためのマインドフルネスとコンパッションに関する試み

佐藤寧子

(慶應義塾大学 SFC 研究所〈元独立行政法人国立病院機構東京医療センター〉)

はじめに

「死」は誰にでも等しくやってくるものであるが、それに伴う苦しみは、当人にも周囲にも時に圧倒されるほどのストレスとなる。ホスピス、緩和ケアを専門とする医療者は、1人ひとりの患者の置かれた状況や人生に思いを寄せ、苦しみを何とかしようとしている。万能であるよう求められたり、医療者自身そうあるべきと考えてしまうこともある。

筆者は精神看護専門看護師（リエゾンナース）として、患者や家族の精神的な看護のみでなく、医療者、特に看護師のメンタルヘルス支援も行ってきた。看護師が生き生きと働き、質の高いケアを提供するために、マインドフルネス、コンパッションを活かし活動したことを紹介し、緩和ケアに携わる医療者自身のケアの重要性を考えていきたい。

院内看護教育への参入

病む人、苦しむ人、傷ついた人をケアすると、ケアする側にも共感疲労やバーンアウトのリスクがあることを理解して、積極的にセルフケアしていく必要がある。マインドフルネスやコンパッションが有効なことは、多くの看護師にはほとんど知られていなかったため、まずは院内で行われる教育的な研修によって、体験しながら学べるよう工夫した。

1. ストレスマネジメントに関する研修での紹介

新人研修や中間管理職、病棟や外来の勉強会な

どにおいて、ストレスマネジメントに関する研修を行っている。

医療の複雑さが増していることや高齢化、入院の短期化、医療安全、暴力やハラスメントの問題などが、看護師のストレスの背景にある。看護師の仕事には、夜勤や業務の煩雑さ、仕事のコントロールの困難さ、評価や達成感の得にくさなどの特性があり、バーンアウトのリスクが高い^{1,2)}。自分のストレスに気づくことやコーピングを積極的に行うことがストレスマネジメントの原則であるが、そもそもストレスは気づきにくいものであることを理解しておくことも重要である。

また、患者の急変や、悲惨な状況の目撃、医療事故などで外傷的な体験をしてしまうことや、道徳的に見逃せない状況に遭遇することもある。衝撃的な出来事はそれだけで気持ちの負担となり、自責感や無力感を生じてしまうことが多い。自分に非があったのではないかと考えると、同僚や上司にも相談できなくなってしまう、気持ちのつらさが増してしまう。また、COVID-19 災害は、見えない感染の恐怖や環境の変化、医療やケアへの制限、倫理的な葛藤、通常のストレスコーピングの難しさ、スティグマなどがあり、医療者のメンタルヘルスに強い影響を及ぼしている^{3,4)}。

マインドフルネスは、このような状況において、自分でできる非常にパワフルなコーピングになりうる。メディアやIT企業、患者プログラムの成果などを示しながら、実際に体を動かし、短い瞑想などの体験をし、できるだけ楽しくリラックスして理解してもらう。COVID-19 災害では、さらに積極的なストレス対策とセルフケアが求められる、マインドフルネスも推奨されている⁵⁾。筆

者は、心理士など院内メンタルヘルス部署と共に、隔離中のスタッフ対象のオンライン研修を企画したり、休憩時間や食事時間に手軽にできるマインドフルネス実践をポスターにして掲示するなども行ってきた⁶⁾。

2. 対人援助におけるマインドフルネス

身体疾患患者における精神看護（リエゾン精神看護）の院内研修においては、不安や抑うつ、希死念慮など、精神的なケアが必要な際のアセスメントや看護を学ぶ際に、マインドフルなコミュニケーション（GRACE）について紹介している。患者や家族との信頼に基づいた関係性をこちらから積極的につくることの重要性は、多くの看護師が理解している。病や死に直面する強いストレスによる、反応としての精神症状には、看護師の提供する治療的環境と関心が重要である。患者の話を傾聴し、置かれた状況を理解しようとする事、気持ちに添うことは非常に重要であるが、共感的な理解が生まれる時、自分のことのように苦しみを感じてしまう。共感大切なプロセスだが、それだけでは一緒に落ち込み、共感疲労となり、燃え尽きにつながるのである。共感疲労は、「他者の苦しみに対して、回避的で自己中心的な強い反応で、過剰な否定的気持ちから、自分を守るために状況から身を引こうとする動機」⁷⁾であり、むしろお互いの不利益を生んでしまうのである。

そこで重要となるのがコンパッションである。コンパッションとは、「他者の利益になりたいと願っていること、相手の苦しみを気遣い、苦しみを軽くしてあげたいと望むこと、強い動機」⁸⁾である。他者と分かち合うのではなく、他者のための感情経験であり、訓練によって育むことができる。共感疲労と異なり、むしろ自分自身のケアにもなる。相手のケアであり、バーンアウト予防でもある、win-winであることを強調している。そして実際にコンパッションの瞑想や、お互いにマインドフルに聴き語る GRACE のワークも体験する。苦しみに立ち合い、共感するとき、自分の感情がどのように反応しているのかを、身体と共に感じていることが共感疲労とコンパッションの違いを生むことを伝えている⁹⁾。

否認や怒りなど、いわゆる難しい患者や状況に対応する必要があることも多い。看護師が不条理な怒りや攻撃を受ける時、患者のために何とかしようとしたケアがうまくいかない時なども、マインドフルネスやコンパッションが役立つ。

それがせん妄や精神疾患など患者にコントロールできないものであったとしても、あるいは実際に患者の悪意が感じられるような状況ならなおさら、看護師がネガティブな感情をもつことは当然のことである。にもかかわらず、看護師にとってそれを受け入れるのは難しいものでもある。その結果自分を責める、あるいは感じないように、見ないようにしてしまい、気持ちの負担が増してしまうことも多い。

筆者はこれまでマインドフル・セルフ・コンパッション（MSC）のプログラムにも参加してきた¹⁰⁾。セルフ・コンパッションとは、「他の人を思いやるように、自分のことを思いやること」であり、マインドフルネスを土台に、自分への優しさ、共通の人間性の要素で構成されている¹¹⁾。

看護師は、患者中心の医療、患者のニーズに添うよう教育され、利他的でありたいと願い、また周囲にもそう望まれている仕事である。感謝され、困っている人の役に立っているのだから、やればやるほど良いと思い込み、それを目的として行動するほうへ向かうこともある。多職種医療では看護師は要となり、誰もやらないところにさりげなくケアする役割を求められることもある。これらが自尊心を欠如させる構造となっていると指摘される。そして看護師の間での「水平方向の敵意」が起き、危険の少ない仲間同士を非難するとも言われる¹²⁾。

マインドフル・セルフ・コンパッション（MSC）のプログラムでは、不完全な自分を認める深い気づきと、誰かのためとか、良い人であるためとかではなく、ただ苦しみがあるから自分にコンパッションを向けて良いということを学ぶ。自分に湧いてくる強い感情の奥には、悲しみや無力感があること、自分を守る反応であり、傷ついたことをそのまま認めて癒して良いことも学ぶ¹³⁾。

看護師の研修では、強い感情を優しくただ認めてあげる自分への優しさ、セルフコンパッションが、相手へのコンパッションに欠かせないことを強調する。たとえばシャンパンタワーの頂点にあるのが自分で、そこにコンパッションが満たされて始めて、溢れて下のグラス（他者）に注がれていくイメージが分かりやすい。

患者との相互作用で湧いてくるネガティブな感情は、精神看護のスイッチを入れる手がかりになる¹⁴⁾。それは同時にセルフ・コンパッションを意識する時なのである。

相手に優しくなれないとき、そんな自分にだけでも優しくなってみると、相互作用に変化が起きるかもしれない。私たちには問題解決思考が身につけているが、それを手放し、結果に執着せず、まずは自分からで良いのである。筆者は看護師からコンサルテーションを求められる時、患者のケアと看護師の支援の間で葛藤することも多かったが、マインドフルネスや、セルフ・コンパッションからの学びは、筆者にとっての大きな支えにもなっている。

3. 看護倫理とコンパッション

人生の最終段階における意思決定支援、Advanced Care Planning など、患者や家族の価値観を理解し、対話をもって医療についての意思を決めることが重視されている。職業としての倫理規定を理解し、患者の尊厳を守って敬意をもって看護するために、看護倫理の研修は必須である。筆者は、看護倫理に関する院内研修においてもGRACEを紹介してきた。特にR: Recalling intention（意図を思い出す）では、どのように役に立ちたいと願い、なぜこの仕事を選んだのか、体の感じと共に思い起こすワークがある。この意図（intention）とは、行動を動機づける価値観、倫理観である。これを自覚することがコンパッションの資源となり、行動を起こす動機となる。倫理研修は、あるべき姿ばかりが示されるように見え、心に残りにくいことはないだろうか。なぜこの仕事を選び、そして続けてきたのか、体感と共に湧き上がるコンパッションを取り戻し育むことは、本来的な倫理の理解につなげることができ

ると考えている。

Covid-19 災害において、医療は注目され、医療者は称賛され差別されもした。多くの人が生きることや死ぬこと、病むこと、人とのつながりを考える契機にもなり、病院に効率を求める反面、人間らしさが望まれもした。パンデミックという困難な状況のなか、医療者も自分を犠牲にせず、どう働き生きるのか。マインドフルネス、コンパッションはその気づきともなると考える。

院内プログラムの試み

院内看護教育の研修という場を用いて、マインドフルネスに触れる機会をつくってきたが、実際に日常のセルフケアにつなげるには十分ではない。一方で、8週間のプログラムに参加することは、交代勤務のある看護師には困難である。筆者は、マインドフルネスへの関心を深め、セルフケアにつなげられるよう、自由に参加できるマインドフルネス・コンパッションを紹介する時間を設けた。

この院内プログラムは、マインドフルネスを病院内で広めるコアメンバーづくり、看護師が自分を大事にする意味、患者の苦悩に寄り添う本来の意図を見つめ、実践していくことを目的とし、月2回程度で自由参加とした。理論的な講義よりも、実践して体験し、今体験したことをお互いに共有して体現する場とした。参加した何人かの看護師から、皆で瞑想するという新鮮な体験、気持ちが穏やかになる、常に考えてばかりいることや自分の疲れに気づいた、1人ではできないが、場があるとできる、仕事の合間に呼吸を整えるだけでも役に立つなどの感想を得ることができた。Covid-19 災害により疲弊した医療者のために、自由に参加できる瞑想時間を設けた病院もあると聞いている。職員のセルフケアとして、マインドフルネスを継続できる環境とその文化が、多くの病院に広がるきっかけになると良いと感じる。

個別カウンセリングでの試み

リエゾンナースは、看護師の個別のメンタルへ

ルスに関する相談も受ける。先に述べたさまざまなストレスにさらされ、心身の不調をきたすとき、患者や家族、上司や同僚との関係性や環境など、さまざまな相談に応じる。精神科につなぐプライマリ機能や、職場での適応を上司と共に考える第三者的な機能と共に、セルフケアを支援する役割が大きい。安心して語れる場をつくり、どんな思考や感情であれ受け入れられる体験を提供することによって落ち着きを取り戻し、考えや思考、身体感覚のつながりに気づいていくようカウンセリングする。強いストレスによって自分を責めることになりやすいこと、自分に優しくなって良いことを理解できるよう話し合う。思考が反芻して眠れない、自分の能力に自信がもてず責める、ネガティブな感情に圧倒される、仕事で頭が真っ白になるなどの際には、マインドフルネスを分かりやすく導入し、緊張する場面でグラウンディングなど使ってみることなども話し合う。そして実際にどうだったかを確認する。認知行動療法的な手法の中にマインドフルネス・セルフコンパッションを取り入れることは非常に有効だと感じている。

看護チームに向けての試み

激しい怒りを継続して看護師にぶつけてくる患者、医療事故や院内自殺など、外傷的な強いストレスがある時など、看護チーム全体が疲弊して意欲や士気が低下することがある。お互いを支え合うサポートグループの際に、いったん仕事から離れてグラウンディングし、短い瞑想や GRACE の実践を短く行うことも有効である¹⁵⁾。

マインドフルネスをよく理解している看護師から、皆が陰性感情を抱いてしまう患者について、通常のカンファレンスに GRACE を使ってみてはと提案されたことがある。患者の怒り、恐怖や不安を懸命にケアしているが、それを無碍にする患者の行動に看護チームは疲弊し、行き詰まっていた。毎日のカンファレンスは、短時間で患者のケアについて検討する場であるが、あえて騒がしいステーションでグラウンディングし呼吸を感じる時間をとって、考えや感情を表出することを試み

た。「患者の置かれた厳しい現状には同情すべきなのにできない」と正直に述べたり、強い怒りを表出する看護師もあった。ネガティブな感情は自分や誰かに明かすことができるとパワーが減り、スペースができる。その場で表出しなくても、その考えや感情は自然なものと、身体感覚と共に認めるだけでも意義がある。何かを変えなければとなりがちなカンファレンスで、いったん立ち止まって、自分の感覚を確かめて、相手を感じてみようとする。これを集まった看護師で実践する、新鮮で温かな場となった。何とかしたいが、できていないギャップに苦しむことは、気づきにくいことが多い。苦しいからといってニヒリズムに陥るのでなく、そのことそのものを優しく認めることが、もともと持っている意図につながり、自分も相手も癒すコンパッションが立ち上がる第1歩となる。

課題と今後の展開

看護師のバーンアウト予防に、おもに8週間のマインドフルネスプログラムの有効性は実証されているが¹⁶⁾、そこに参加する時間やコスト、エネルギーが大きな障壁である。医療者が疲弊し、バーンアウトに至ることは、医療安全上、組織運営や経営、あるいはケアの質の低下につながる。しかしバーンアウト予防は、医療者の頑張りを促すことのみを目的としたものではない。緩和ケアに携わる医療者が、自分の命と幸せと、病む人を援助する理想、意図をもち続けることが、苦悩する人に向き合う前提であると思う。それが可能となるよう、心理的に安全で、安心して自分を見つめる場と時間が保証される組織であること、病院全体がお互いに尊重し合い、犠牲を当たり前にしない組織文化の醸成が望まれる。

日常のミーティング等でマインドフルネスを取り入れ、仕事の満足やバーンアウトに有効だったとの報告がある¹⁷⁾。GRACE の実践のように、病棟管理者と協力して取り組む、日常的なマインドフルネスについても考えていきたい。

文 献

- 1) 北岡和代, 増田真也, 荻野佳代子, 他: バーンアウト尺度 Maslach Burnout Inventory-general Survey (MBI-GS) の概要と日本版について. 北陸公衛誌 37 (2): 34-40, 2011
- 2) 伊豆上智子: 病院ケアに関する看護師レポートの6カ国比較. 看護研究 40 (7): 5-16, 2007
- 3) Sultana A, Sharma R, Hossain M M, et al: Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. Indian Journal of Medical Ethics 5 (4): 1-6, 2020 doi: 10.20529/IJME.2020.73 [doi]
- 4) 高橋晶: 【新型コロナウイルス感染症ただなかの精神医療】新型コロナウイルス感染症の治療スタッフのメンタルヘルス. 精神医学 63 (1): 125-139, 2021 [http://search.jamas.or.jp/link/ui/2021144145]
- 5) 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対応する職員のためのサポートガイド. 日本赤十字社 [http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200330_006139.html]
- 6) 前田正治, 瀬藤乃理子: 新型コロナウイルス感染症 Up-to-date 医療従事者を襲うメンタルヘルスの危機 新型コロナウイルス感染症対策の現場から. Modern Media 67 (4): 153-158, 2021 [http://search.jamas.or.jp/link/ui/2021216616]
- 7) Singer T, Klimecki OM: Empathy and compassion. Curr Biol 24 (18): R875-R878, 2014
訳: 藤野正寛 京都大学オープンイノベーション機構 特定助教. 日本 GRACE 研究会 HP [https://gracejapan.org/wp-content/uploads/2020/12/Empathy-and-compassion-by-Singer-and-KlimeckiJapanese_MF.pdf]
- 8) ジョアン・ハリファックス: Compassion. p.342, 英治出版, 2020
- 9) トム A. ハッチンソン, 恒藤暁 (訳): 新たな全人的ケア—医療と教育のパラダイムシフト. p.145-165, 公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2016
- 10) 佐藤寧子: バーンアウトを防ぎ, ケアの質を高めるために. 看護教育 60 (6): 446-453, 2019
- 11) クリスティン・ネフ: セルフ・コンパッション (新訳版). pp41-107, 金剛出版, 2021
- 12) ジョアン・ハリファックス: Compassion. p.255, 英治出版, 2020
- 13) 岸本早苗: マインドフル・セルフ・コンパッション入門 自分を思いやるレッスン. p.269-280, 大和書房, 2021
- 14) 川名典子: がん患者のメンタルケア. 14, 南江堂, 2014
- 15) 佐藤寧子: 看護師の燃え尽き症候群を予防するためのマインドフルネスの実践. cancerboard square 4 (1): 54-60, 2018
- 16) Suleiman-Martos N, Gomez-Urquiza JL, Aguayo-Estremera R, et al: The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 76 (5): 1124-1140, 2020 doi: 10.1111/jan.14318 [doi]
- 17) Monroe C, Loresto F, Horton-Deutsch S, et al: The value of intentional self-care practices: The effects of mindfulness on improving job satisfaction, teamwork, and workplace environments. Archives of Psychiatric Nursing 35 (2): 189-194, 2021 doi: S0883-9417 (20) 30559-8 [pii]

第Ⅱ部

統計と解説

1. データでみる日本の緩和ケアの現状

升川研人 平山英幸 宮下光令

(東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

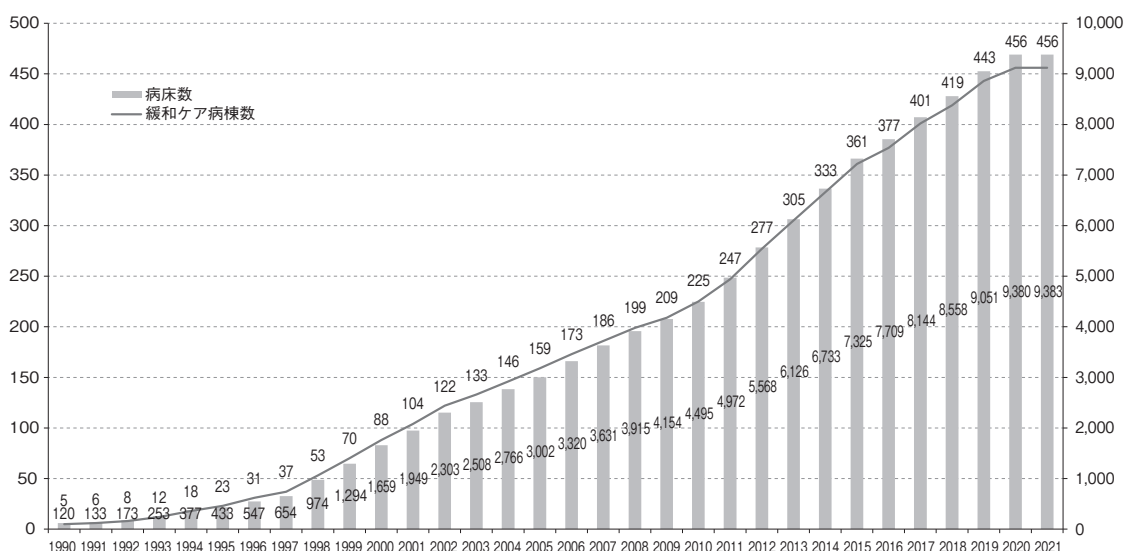
本稿では日本の緩和ケアの現状を、特に専門的緩和ケアを中心にデータから概観する。都道府県別のデータに関してはすべてのデータを最後に掲載した。なお、都道府県別の集計は人口10万人対で統一した。都道府県の65歳以上の高齢者人口、医師数、看護師数などを分母にした割合の算出のほうは理論的に望ましいケースもあるが、都道府県の人口とのピアソンの相関係数は65歳以上の高齢者人口($r=0.996$)、がん死亡数($r=0.992$)、医師数($r=0.959$)、看護師数($r=0.952$)と高く、どれを分母にして計算してもほとんど同様の傾向になると考えられる(2014年度の数値で計算した結果)。これらの都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

だきたい。

緩和ケア病棟

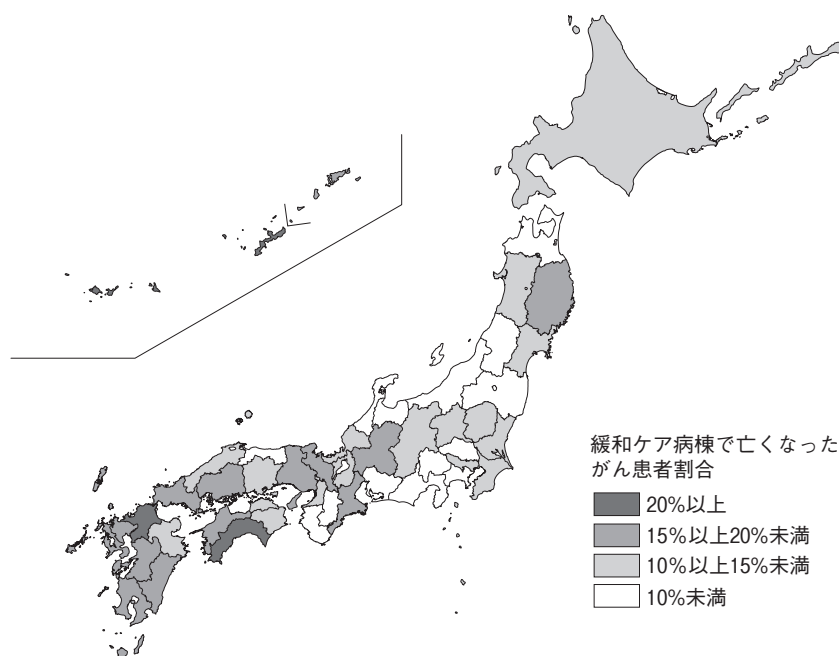
わが国の緩和ケア病棟は、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。図1に緩和ケア病棟数、病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数、病床数ともに増加し、1990年に5病棟(120床)だった緩和ケア病棟は2021年には456病棟(9,383床)となった。

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2020年時点で12.3%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亡くなった



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2021年6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, 2020 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)

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 25.1%, 沖縄県 24.7%, 高知県 24.1%, 一方で低い都道府県は和歌山県 2.1%, 山形県 2.9%, 静岡県 3.5%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、2020 年度における緩和ケア病棟の死亡割合は全がん患者の 14~15%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 13.2%, 院内病棟型が 84.2%であり、完全独立型は 2.3% (7 施設)であった。稼動病床数は平均 20.6 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 2020 年度で平均 199.9 名、200 名以上の施設が 41.1%であり 2011 年度と比較して 22.1%増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は 2020 年度では平均 76.0%であり 2011

年度より 10.1%減少した(この数値は 2012 年度では 82.1%と 2011 年度より 4.0%減少したが、2013 年度には増加し、その後は微減で経過している)。平均在院日数は 2020 年度では平均 27.1 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 66.7%で、2011 年度に比べて 42.7%増加した。平均病床利用率は平均 68.9%であり、2011 年度まで増加傾向にあった病床利用率は 2011 年度から 10.3%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 2020 年から 2021 年で 10 施設増加し、2021 年 6 月時点で 503 施設になった。

緩和ケアチームは日本緩和医療学会に登録制度がある。2021 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

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	41	13.18%	緩和医療暫定指導医(人)	平均±標準偏差	0.1 ± 0.44	
	院内病棟型	262	84.24%		0人	274	88.10%
	完全独立型	7	2.25%		1人	29	9.32%
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	186	59.81%	がん看護専門看護師(人)	2人以上	7	2.25%
	緩和ケア病棟入院料2算定施設	124	39.87%		平均±標準偏差	0.19 ± 0.50	
	入院料1+入院料2算定施設	0	0.00%		0人	263	84.57%
認可病床数	平均±標準偏差	21.11 ± 7.81		緩和ケア認定看護師(人)	1人	39	12.54%
	1-14床	55	17.68%		2人以上	9	2.89%
	15-29床	234	75.24%	がん性疼痛看護認定看護師(人)	平均±標準偏差	1.0 ± 1.07	
稼働病床数	30床以上	22	7.07%		0人	89	28.62%
	平均±標準偏差	20.6 ± 7.5			1人	143	45.98%
	1-14床	64	19.81%	ELNEC-J 指導者数(人)	2人以上	79	25.40%
個室数	15-29床	226	69.97%		平均±標準偏差	0.2 ± 0.49	
	30床以上	21	6.50%		0人	253	81.35%
	平均±標準偏差	17.8 ± 6.5		ELNEC-J 受講割合(%)	1人	49	15.76%
無料個室数	1-9室	42	13.50%		2人以上	9	2.89%
	10-19室	192	61.74%	ELNEC-J 受講修了者数(人)	平均±標準偏差	0.84 ± 0.01	
	20室以上	77	24.76%		0人	132	42.44%
家族室数	平均±標準偏差	10.1 ± 6.3			1人	116	37.30%
	0-9室	158	50.80%	常勤または非常勤の宗教者数(人)	2人以上	63	20.26%
	10-19室	113	36.33%		平均±標準偏差	47.8 ± 27.15	
緩和ケア病棟入院料算定開始後年数	20室以上	14	4.50%		25%未満	41	12.69%
	平均±標準偏差	1.6 ± 0.7		精神科医師のコンサルテーション	25%以上50%未満	99	30.65%
	0室	2	0.64%		50%以上75%以上	82	25.39%
病棟あたり面積(m ² /床)	1室	144	46.30%		75%以上	55	17.03%
	2室	146	46.95%	心理職のコンサルテーション	平均±標準偏差	9.3 ± 6.5	
	3室以上	19	6.11%		0人	23	7.40%
外来機能	平均±標準偏差	13.1 ± 7.4			1~3人	34	10.93%
	0~4年	38	12.22%	専門的な口腔ケア	4人以上	253	81.35%
	5~9年	99	31.83%		平均±標準偏差	0.24 ± 0.78	
病床あたり面積(m ² /床)	10年以上	174	55.95%		0人	259	80.19%
	平均±標準偏差	15.2 ± 5.5		専門的リハビリテーション	1人	29	8.98%
	5~9m ² /床	38	12.22%		2人以上	14	4.33%
院内の緩和ケアチーム	10~14m ² /床	141	45.34%	がん薬物療法(注射薬)	可能	219	70.42%
	15m ² /床以上	131	42.12%	がん薬物療法(経口薬)	可能	187	60.13%
	平均±標準偏差	286	91.96%		可能	273	87.78%
病院・併設施設からの在宅診療	あり	25	8.04%	がん薬物療法(ホルモン療法)	可能	283	91.00%
	なし	25	8.04%		可能	24	7.72%
	平均±標準偏差	343.2 ± 228.62		放射線治療	可能	59	18.97%
病院・併設施設からの訪問看護	~99床	27	8.68%		可能	108	34.73%
	100~499床	219	70.42%	CVポート埋め込み	可能	146	46.95%
	500床以上	65	20.90%		可能	238	76.53%
緩和医療専門医(人)	あり	185	59.49%	専門的疼痛治療(神経ブロックなど)	可能	207	66.56%
	なし	126	40.51%		可能	1	0.32%
	平均±標準偏差	108	34.73%	多職種カンファレンスの開催頻度	0回	191	61.41%
緩和ケア病棟入院料の算定状況	あり	203	65.27%		1~2回	118	37.94%
	なし	172	55.31%		3回以上		
	平均±標準偏差	139	44.69%	がん薬物療法(注射薬)	可能		
緩和ケア病棟入院料の算定状況	あり	172	55.31%		可能		
	なし	139	44.69%		可能		
	平均±標準偏差	0.3 ± 0.61		がん薬物療法(経口薬)	可能		
緩和ケア病棟入院料の算定状況	あり	231	74.28%		可能		
	なし	66	21.22%		可能		
	平均±標準偏差	13	4.18%		可能		

N=374 ※このうち 56 施設未回答, 7 施設公開不承諾
(日本ホスピス緩和ケア協会, 2021 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	標準偏差	0～99名の割合(%)	100～199名の割合(%)	200名以上の割合(%)	平均	標準偏差	0～99名の割合(%)	100～199名の割合(%)	200名以上の割合(%)	平均	標準偏差	75%未満の割合(%)	75%以上90%未満の割合(%)	90%以上の割合(%)	平均	標準偏差	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	標準偏差	75%未満の割合(%)	75%以上90%未満の割合(%)	90%以上の割合(%)
2000	86	112.3	56	49	44	7	91.1	46	57	41	2	83.7	10	20	48	33	46.7	14	8	72	20	75.1	14	42	45	13
2001	100	112.2	57	47	47	6	92.3	47	58	40	2	84.3	14	14	46	40	47.1	15	8	76	16	75.1	15	42	41	17
2002	117	123.5	56	35	57	8	96.4	45	56	42	3	83.4	13	21	44	36	46.6	22	15	67	18	75.3	15	42	42	16
2003	131	125.8	64	34	56	10	102.9	52	47	50	4	85	12	15	45	40	44.5	17	13	76	11	76	15	39	46	15
2004	144	127.7	63	35	55	10	106.7	50	50	47	4	87.2	10	9	45	46	45.9	19	11	74	15	78.3	12	39	42	19
2005	159	135.1	67	32	56	12	109.5	52	44	53	3	85.9	13	11	48	42	43	16	15	76	9	79.3	11	33	47	20
2006	170	134.8	64	29	59	12	113.8	54	41	56	3	87.1	10	9	44	47	43.0	15.0	15	75	10	78.8	13.0	30	48	22
2007	186	138.4	71	29	59	12	119.3	58	38	55	7	87.1	9.5	11	39	50	42.4	15.4	15	74	10	79.2	12	34	43	23
2008	193	145.5	74	28	56	17	124	54	35	59	7	87.3	8.5	9	48	43	41.7	15.0	24	63	12	79.2	12	34	46	20
2009	200	149.0	73	26	57	18	127.2	57	35	57	8	87.3	11	11	41	48	41.8	15.2	23	67	10	80.2	12.0	32	44	24
2010	203	154.8	76	23	59	18	132	58	29	61	10	85.9	11	15	41	45	40.1	14.4	25	65	10	80.9	13.1	29	40	31
2011	225	160.0	79	21	60	19	132.9	55	31	59	10	86.1	12	11	45	44	39.5	15.2	24	69	8	80.2	12.0	30	46	25
2012	253	162.0	76	21	51	25	136.2	60	26	60	11	82.1	12.0	16	42	39	36.5	13.9	31	58	7	78.3	13	34	41	23
2013	261	172.2	80	17	55	28	143.1	61	27	58	15	85.1	11.8	17	40	43	34.7	14.2	41	52	7	75.6	13	32	43	25
2014	288	175.8	83	16	54	30	144.4	64	22	63	15	84.0	13	19	44	37	33.4	12.0	44	52	4	75.8	14	45	36	19
2015	306	180.9	80	10	58	32	149.4	62	20	64	16	84.3	11	17	47	36	32.7	11.9	46	51	3	74.8	14.4	47	38	15
2016	300	186.8	82	11	54	35	153.4	64	19	63	18	83.9	11	16	51	33	32.2	11.4	52	46	2	75.2	13.6	45	42	14
2017	320	187.2	83.1	11.3	50.3	38.4	154.0	63.5	17.8	63.8	18.4	83.1	10.9	20.0	50.0	30.0	32.2	11.7	51.3	45.9	2.8	75.7	13.4	44.4	41.3	14.4
2018	355	200.1	90.3	6.6	52.9	40.5	156.6	67.6	16.3	62.8	20.8	79.9	12.1	26.6	45.9	27.5	29.6	11.5	60.9	35.2	3.9	73.9	13.7	44.5	40.0	15.5
2019	368	209.0	95.0	5.7	47.2	47.2	159.3	67.0	15.2	61.9	22.9	78.7	12.7	32.8	43.6	23.6	28.5	11.3	63.3	35.1	1.6	73.4	13.5	47.3	41.2	11.5
2020	374	199.9	95.5	10.4	48.5	41.1	150.7	69.7	22.7	58.6	18.8	76.0	13.0	46.3	12.9	40.8	27.1	10.2	66.7	32.4	0.6	68.9	16.0	61.7	31.2	7.1

(ホスピス緩和ケア協会, 2020 年度)

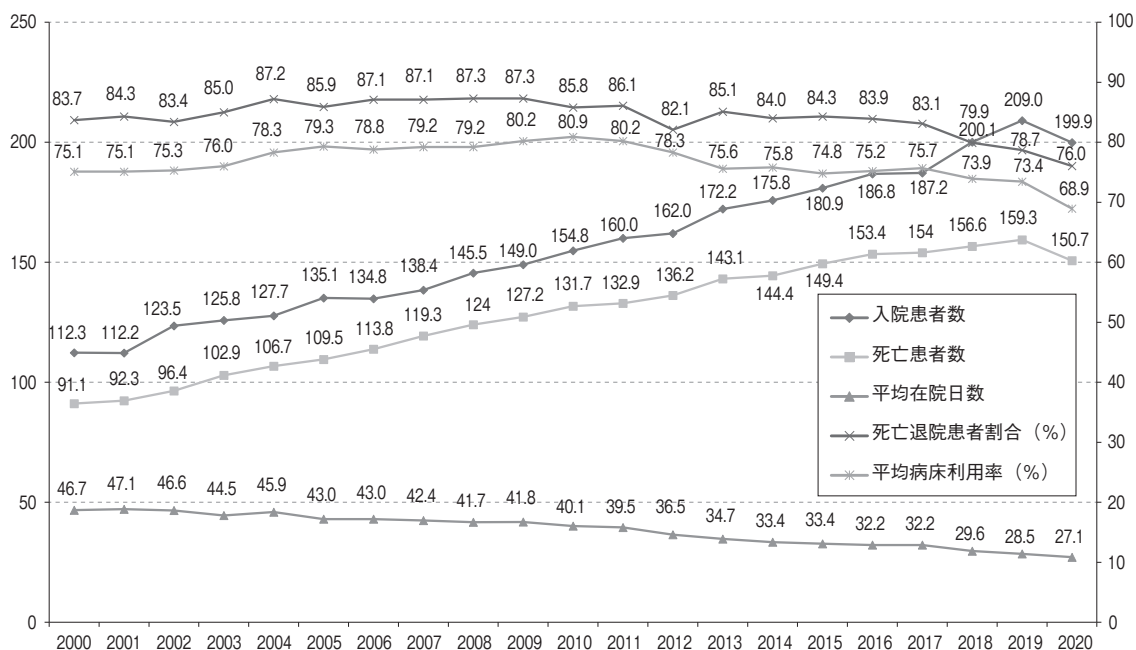
可能性があることに注意する必要がある。登録されたチーム数は、全国で552施設であった。内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院が9.4%、地域がん診療連携拠点病院が54.9%、上記以外（都道府県独自指定または指定なし）の病院が35.7%だった。緩和ケアチームへのがんによる依頼件数は総数で98,139件であり、平均177.8件であった（都道府県拠点病院348.0、地域がん診療連携拠点病院が195.1、上記以外の病院が106.3）。緩和ケアチームのメンバーに専従の身体担当の医師のみがいる割合が35.0%、精神担当のみが4.7%であった。専従看護師がいる割合は70.1%であり、専従または専任の薬剤師がいる割合は39.1%だった。活動状況は週5日以上が81.0%であり、がん患者の依頼状況は診断から初期治療前が9.4%、がん治療中が48.4%、積極的がん治療終了後が42.2%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2020年までの変化をみると依頼内容は疼痛が6.15%減少し、疼痛以外の身体症状が4.11%増加した。依頼時のPSは経時的にあまり変化はなく、転帰は死亡退院が減少する傾向にある（2010年の転帰は傾向が他の年度と異なっているがその理由は不明である）。

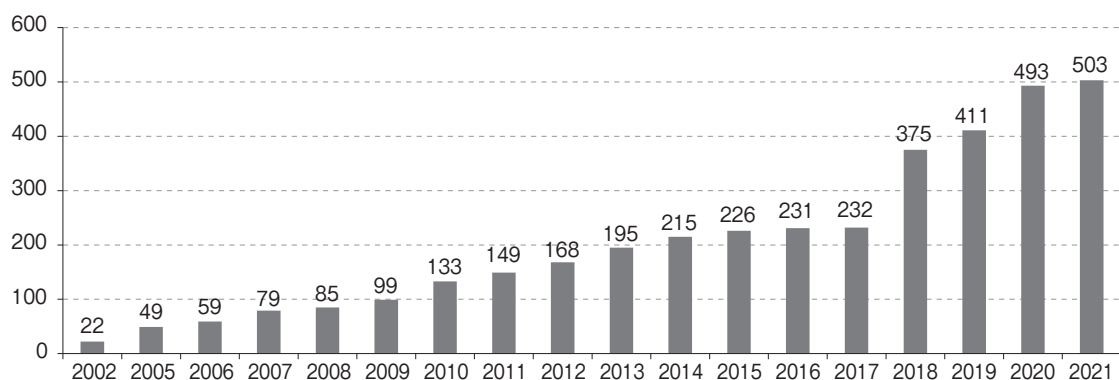
また、がん診療連携拠点病院のすべてに緩和ケアチームが設置されており、拠点病院の統計からもその概要を知ることができる（がん診療連携拠点病院の項を参照）。

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1086施設に増加した（それぞれ一般病院数の11.4%、14.8%）。また、2011年9月に緩和ケアチームが診察した患者数は全国で23,374人であり、新規依頼患者数は5,191人であったが、2017年9月で



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2020 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, 2020 年度)

図4 緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

表3 緩和ケアチーム登録データの概要

	全体	拠点病院の種別			病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定/指定なし	500床以上	200～499床	0～199床
登録数 (N)	552	52	303	197	259	264	29
登録数 (%)	100	9.4	54.9	35.7	46.9	47.8	5.3
年間がん患者退院数	1,560,292	355,238	947,865	257,189	1,074,910	473,277	12,105
がんによる依頼件数	98,139	18,094	59,110	20,935	60,594	36,058	1,487
割合	6.3%	5.1%	6.2%	8.1%	5.6%	7.6%	12.3%
緩和ケア外来の有無あり	480	52	299	129	253	212	15
「あり」の割合	87.0%	100.0%	98.7%	65.5%	97.7%	80.3%	51.7%
外来緩和ケア管理料の算定有無あり	230	32	150	48	156	69	5
「あり」の割合	41.7%	61.5%	49.5%	24.4%	60.2%	26.1%	17.2%
緩和ケア病棟の有無あり	159	21	89	49	73	77	9
「あり」の割合	28.8%	40.4%	29.4%	24.9%	28.2%	29.2%	31.0%
緩和ケア診療加算あり	362	48	216	98	226	129	7
「あり」の割合	65.6%	92.3%	71.3%	49.7%	87.3%	48.9%	24.1%
[医師]							
身体担当医の専従および精神担当医の専従がいる施設・いない施設							
両方いる	16	8	7	1	9	7	0
身体担当医のみ	193	25	126	42	134	57	2
精神担当医のみ	26	4	15	7	11	14	1
両方いない	317	15	155	147	105	186	26
両方いる	2.9%	15.4%	2.3%	0.5%	3.5%	2.7%	0.0%
身体担当医のみ	35.0%	48.1%	41.6%	21.3%	51.7%	21.6%	6.9%
精神担当医のみ	4.7%	7.7%	5.0%	3.6%	4.2%	5.3%	3.4%
両方いない	57.4%	28.8%	51.2%	74.6%	40.5%	70.5%	89.7%
[看護師]							
専従がいる施設・いない施設							
いる	387	34	202	151	174	190	23
「いる」の割合	70.1%	65.4%	66.7%	76.6%	67.2%	72.0%	79.3%
専門看護師または認定看護師がいる施設							
いる	387	34	202	151	174	190	23
「いる」の割合	70.1%	65.4%	66.7%	76.6%	67.2%	72.0%	79.3%
[薬剤師]							
専従または専任がいる施設・いない施設							
いる	216	33	130	53	142	69	5
「いる」の割合	39.1%	63.5%	42.9%	26.9%	54.8%	26.1%	17.2%
[MSW]							
専従、専任、兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	437	41	253	143	214	200	23
「いる」の割合	79.2%	78.8%	83.5%	72.6%	82.6%	75.8%	79.3%
[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	308	30	201	77	173	129	6
「いる」の割合	55.8%	57.7%	66.3%	39.1%	66.8%	48.9%	20.7%
[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	413	33	226	154	182	206	25
「いる」の割合	74.8%	63.5%	74.6%	78.2%	70.3%	78.0%	86.2%
[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	488	46	269	173	234	230	24
「いる」の割合	88.4%	88.5%	88.8%	87.8%	90.3%	87.1%	82.8%

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（つづき）

	全体	拠点病院の種別			病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定/指定なし	500床以上	200～499床	0～199床
〔歯科医〕							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	76	15	47	14	50	25	1
「いる」の割合	13.8%	28.8%	15.5%	7.1%	19.3%	9.5%	3.4%
〔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	70	13	41	16	46	22	2
「いる」の割合	2.4%	78.8%	5.3%	8.1%	17.8%	8.3%	6.9%
年間平均依頼件数							
指定別依頼件数合計	104,331	18,790	62,561	22,980	64,277	38,418	1,636
年間平均依頼件数	189	361.3	206.5	116.6	248.2	145.5	56.4
中央値	141.5	254	169	86	209	100.5	39

	全体	都道府県	地域	指定なし
活動について 2：緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数				
週 1 日未満	2.0%	0.0%	0.7%	4.6%
週 1 ～ 2 日	12.9%	0.0%	7.6%	24.4%
週 3 ～ 4 日	4.2%	0.0%	3.0%	7.1%
週 5 ～ 6 日	76.6%	94.2%	84.2%	60.4%
週 7 日	4.4%	5.8%	4.6%	3.6%
依頼の時期（がん患者のみ）				
診断から初期治療前	9.4%	11.1%	9.6%	8.7%
がん治療中	48.4%	60.9%	49.3%	43.8%
積極的がん治療終了後	42.2%	28.0%	41.1%	47.5%

（日本緩和医療学会，2021 年度緩和ケアチーム登録（2020 年度チーム活動），2021 年 7 月 31 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

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。

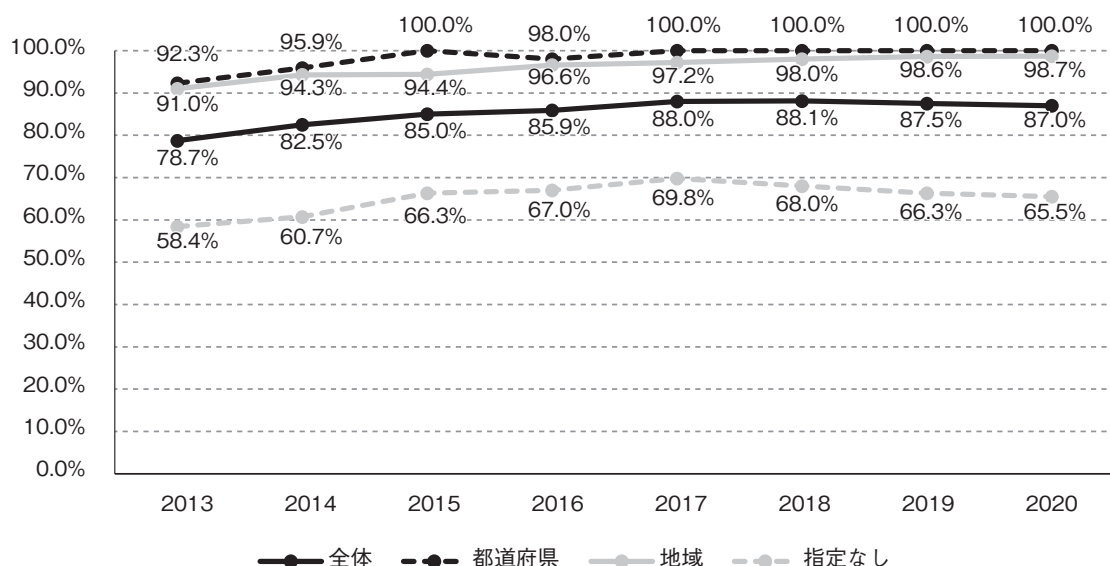
緩和ケア外来

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 98.7%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 61.5%，地域拠点病院の 49.5%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。2021 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 351 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 46 病院，合計 449 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。緩和ケア病棟入院料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 97.53%，23.93%だった。がん患者指導管理料 1・2・3 を



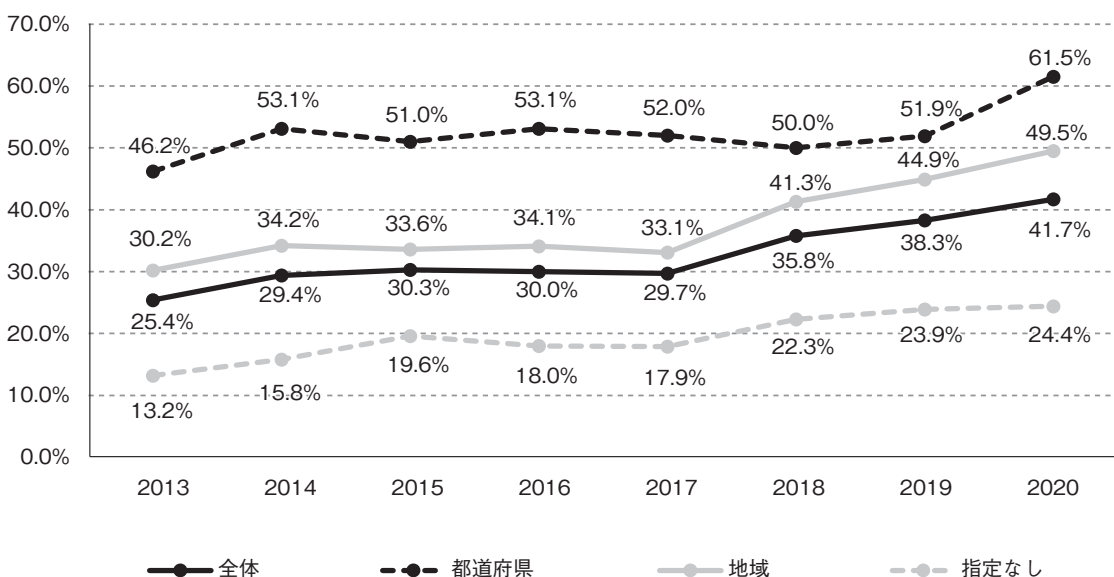
※緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数

※「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, 2021年度緩和ケアチーム登録(2020年度チーム活動), 2021年7月31日)

図5 外来緩和ケアを有する施設割合



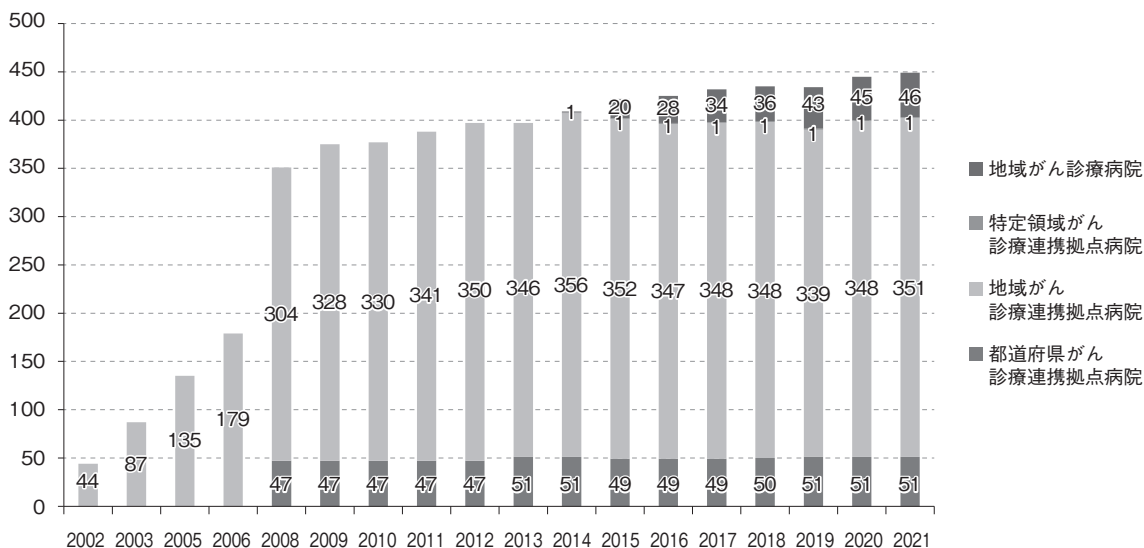
※緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数

※「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, 2021年度緩和ケアチーム登録(2020年度チーム活動), 2021年7月31日)

図6 外来緩和ケア管理料の算定がある施設割合



(厚生労働省, 2021年8月1日時点)

図7 がん診療連携病院数の推移

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171.4 ± 250.3, 247.3 ± 1086.7, 370.3 ± 678.7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51.67%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。2020年の全死因の自宅死亡の割合は13.6%であり、がんでは16.9%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22.2%、神奈川県21.1%、大阪府19.0%であり、一方で、低い都道府県は大分県9.6%、宮崎県10.1%、秋田県10.1%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26.3%、東京都25.3%、岐阜県21.4%であり、一方で、低い都道府県は秋田県5.3%、新潟県6.7%、岩手県8.0%であった。なお、緩和ケア病棟の死亡数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、2020年度における緩和ケア病棟の死亡割合は全がん患者の14~15%

と推定される。

在宅療養支援診療所数と緩和ケア充実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。また、平成28年に緩和ケア充実診療所が制定された。2020年度では、従来型在宅療養支援診療所は11,108件、連携強化型在宅療養支援診療所は3,302件、強化型在宅療養支援診療所は205件であり、すべてを合計すると14,615件であった。うち、緩和ケア充実診療所数は848件であった。また、緩和ケア充実診療所の都道府県別数を図13に示す。2021年10月現在、人口10万人対の数では神奈川県1.31、東京都1.27、石川県1.06が多かった。

2017年の人口10万人対の在宅療養支援診療所数を図14に示す。人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数は全国平均が10.9であり、多い都道府県は長崎県21.1、広島県19.2、徳島県19.1、少ない都道府県は岩手県5.0、高知県5.0、北海道5.3であった。

一般診療所における在宅看取りの実施数と施設数(各年9月1カ月分)の推移を図15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

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	89	135	107	70	36
2011	81	155	92	55	39
2012	90	178	108	63	47.5
2013	95	177	118	77.5	54
2014	106	221	128	78	53
2015	113	250	133.5		74
2016	122	279	140		71.5
2017	125	302	139		81
2018	137	303	159		85
2019	144.5	245.5	171		82.5
2020	141.5	254.0	169.0		86.0

※ 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	2020年
疼痛	18386	28447	32028	38281	42509	79484	50641	52052	56730	58760	61729
	39.29%	36.89%	35.44%	34.86%	34.74%	34.34%	33.50%	32.53%	32.98%	32.88%	33.14%
疼痛以外の身体症状	10084	18137	22157	27669	31043	56177	38864	40836	43908	46385	47794
	21.55%	23.52%	24.52%	25.20%	25.37%	24.27%	25.71%	25.52%	25.53%	25.95%	25.66%
精神症状	9516	15265	17414	21497	23965	46343	29863	33124	35237	35426	38863
	20.33%	19.79%	19.27%	19.57%	19.59%	20.02%	19.76%	20.70%	20.48%	19.82%	20.86%
家族ケア	2562	5110	6218	7456	7892	15627	11020	11129	12176	12753	11384
	5.47%	6.63%	6.88%	6.79%	6.45%	6.75%	7.29%	6.96%	7.08%	7.14%	6.11%
倫理的問題	714	947	1079	1609	1404	2290	2692	3330	4612	7274	5398
	1.53%	1.23%	1.19%	1.47%	1.15%	0.99%	1.78%	2.08%	2.68%	4.07%	2.90%
地域との連携・退院支援	3734	5120	6128	7799	8212	15223	9842	9902	10885	12376	12954
	7.98%	6.64%	6.78%	7.10%	6.71%	6.58%	6.51%	6.19%	6.33%	6.92%	6.95%
その他	1801	4095	5342	5508	7325	16301	8244	9639	8486	5763	8146
	3.85%	5.31%	5.91%	5.02%	5.99%	7.04%	5.45%	6.02%	4.93%	3.22%	4.37%
合計（回答なしを除く）	46797	77121	90366	109819	122350	231446	151167	160012	172035	178737	186268
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	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	2020年
PS 0	6.6	5.6	5.1	5.5	5.9	6.2	5.7	6.7	6.6	6.2	6.4
PS 1	17.0	16.1	17.4	17.1	17.1	19.4	19.0	20.3	20.2	19.9	21.4
PS 2	24.1	23.2	22.3	23.0	22.7	22.8	22.1	20.2	22.5	22.8	22.5
PS 3	30.1	30.2	29.7	30.1	30.6	30.1	29.9	29.8	29.8	29.6	28.9
PS 4	22.1	25.0	25.4	24.3	23.6	21.6	23.3	23.0	21.0	21.4	20.8

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	2020年
介入終了（生存）	15.4	7.9	9.0	7.8	8.3	8.2	7.8	8.1	8.9	8.1	6.7
緩和ケア病棟転院	9.2	9.4	10.8	11.0	11.9	12.2	12.7	13.0	13.7	13.9	12.9
その他の転院	7.1	6.8	6.9	6.7	7.2	7.0	7.1	6.8	7.2	7.5	6.9
退院	35.4	33.7	34.5	36.1	36.4	38.1	39.1	40.7	39.8	41.2	47.7
死亡退院	32.9	35.8	33.0	32.8	29.9	28.8	27.5	25.8	24.8	24.1	20.9
介入継続中	0.0	6.5	5.9	5.7	6.3	5.7	5.8	5.6	5.6	5.2	4.8
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，2021 年度緩和ケアチーム登録（2020 年度チーム活動），2021 年 7 月 31 日）

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	7528	861	11.4%	23374	5191
2014	7426	992	13.4%	28042	7793
2017	7353	1086	14.8%	30028	9030

(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
がん性疼痛緩和と管理指導料1	あり	436	97.53%
件数(がん性疼痛緩和と管理指導料1)	平均±標準偏差	406.25	±524.43
がん性疼痛緩和と管理指導料2	あり	107	23.93%
件数(がん性疼痛緩和と管理指導料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

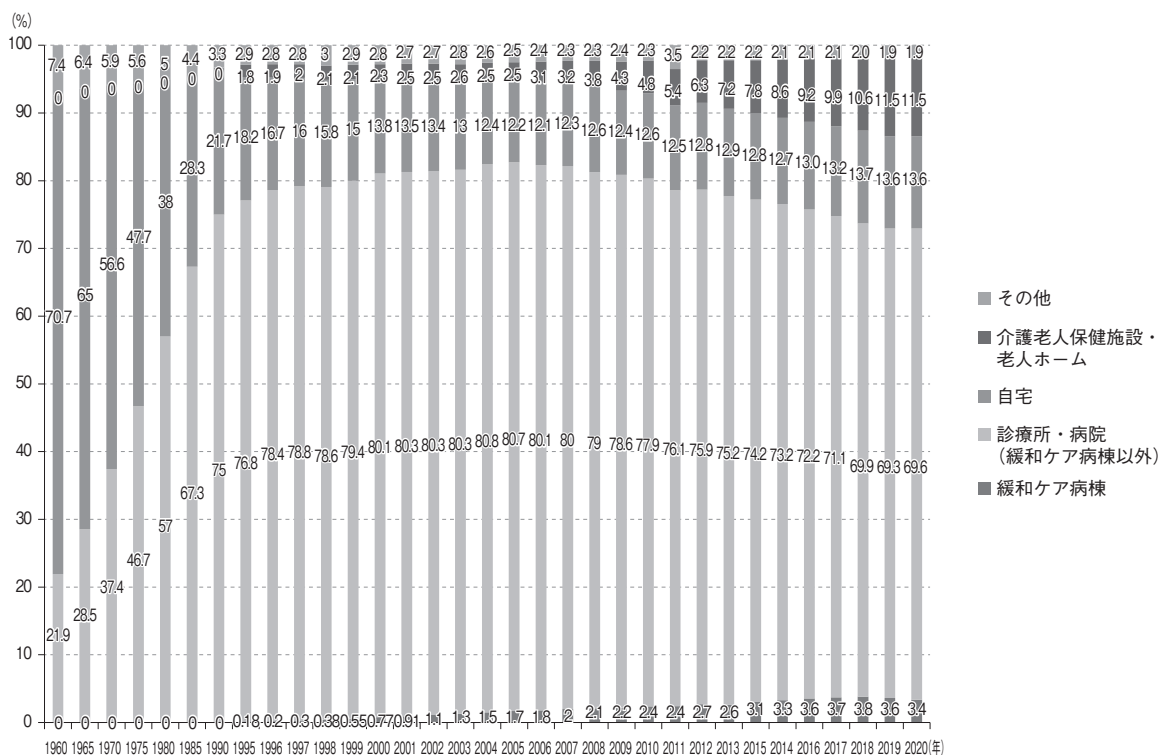
件数は9,958件であり、実施施設数は4,729施設であった。人口10万人あたりの一般診療所における在宅看取り実施施設数を図16に示す。和歌山県で最も多く6.6、次いで愛媛県で6.3、岐阜県で6.1であった。一方で少ない都道府県は高知県1.7、沖縄県1.9、北海道2.1であった。人口10万人あたりの一般診療所における在宅看取り実施件数を図17に示す。多い都道府県は岐阜県13.0、愛媛県11.7、神奈川県10.9であった。一方で、

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18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。2020年度では、従来型在宅療養支援病院は934件、連携強化型在宅療養支援病院は398件、強化型在宅療養支援病院は214件であり、すべてを合

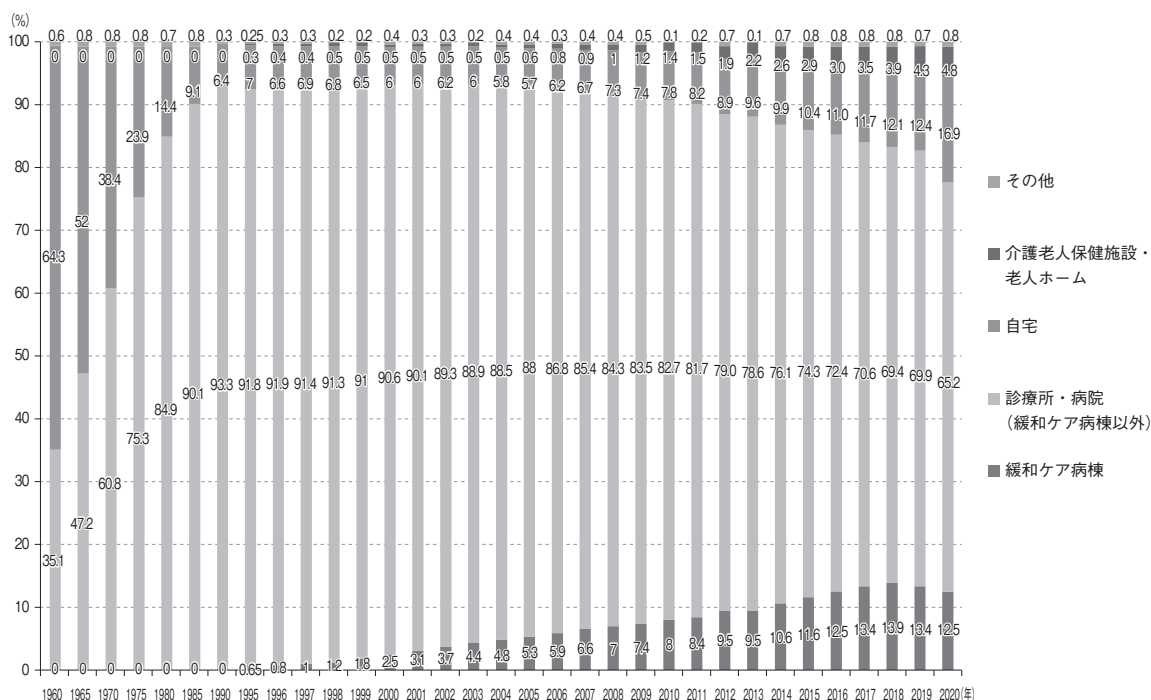
表7 がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2019年度）

	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%
緩和ケアに関係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%



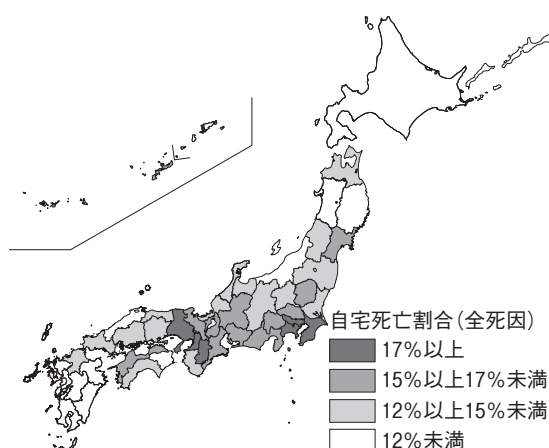
(厚生労働省, 人口動態統計, 2020 年度)

図 8 死亡場所の推移 (全死因)



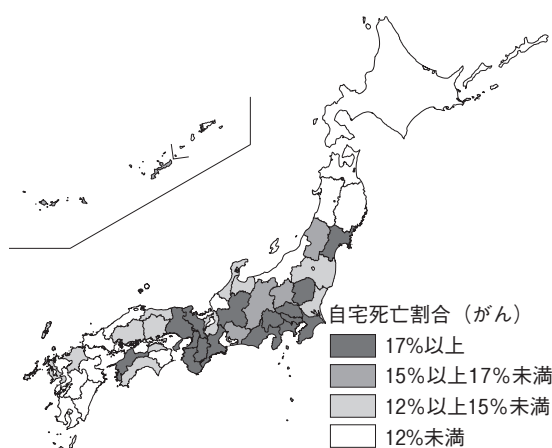
(厚生労働省, 人口動態統計, 2020 年度)

図 9 死亡場所の推移 (がん)



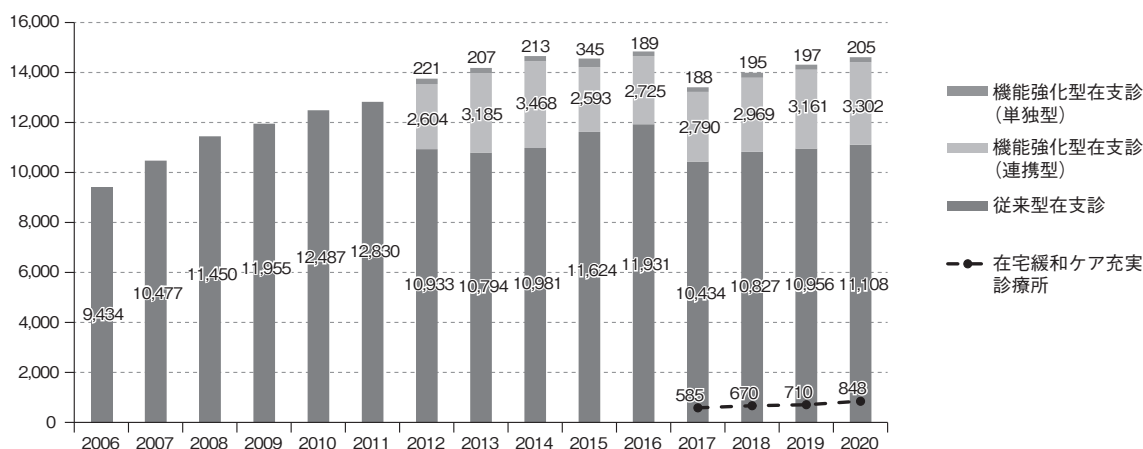
(厚生労働省, 人口動態統計, 2020 年度)

図 10 都道府県別自宅死割合(全死因)



(厚生労働省, 人口動態統計, 2020 年度)

図 11 都道府県別自宅死割合(がん)



(厚生労働省, 地方厚生局への施設基準の届出状況, 2020 年度)

(日本ホスピス緩和ケア協会, 2020 年度)

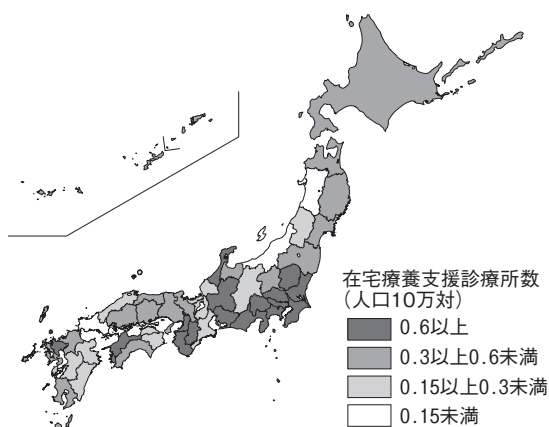
図 12 在宅療養支援診療所数の推移

計すると 1,545 件であった。

訪問看護ステーション 24 時間対応体制加算届出事業数の推移を図 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。

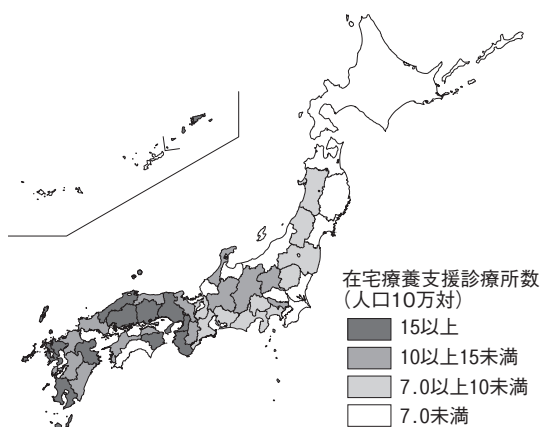
教育・学会

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。2021 年 9 月 30 日までで修了者数の合計は, 145,727 人であった。また, 2021 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鳥根県 245.7, 富山県 205.0, 和歌山県 197.7, であり, 一方で, 少なかった都道府県は埼玉県 58.9, 新潟県 77.0, 宮城県 80.3 であった。



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2021年10月現在)

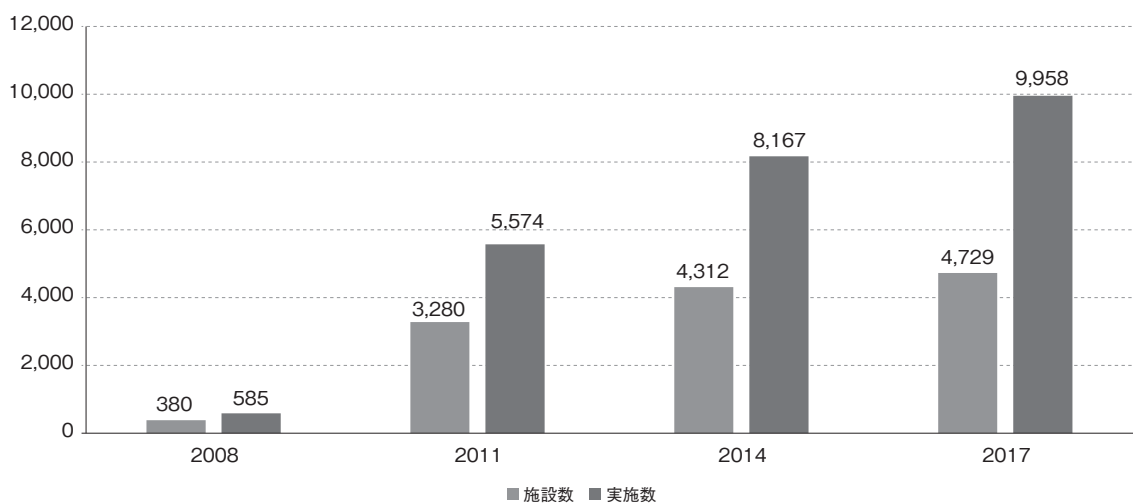
図13 在宅緩和ケア充実診療所(都道府県別)



(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

図14 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

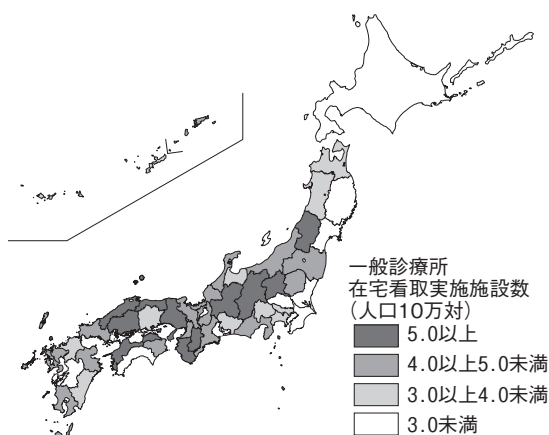
※一般診療所: 在宅療養支援診療所の届け出をしていない診療所

図15 一般診療所における在宅看取りの実施数と施設数推移

日本緩和医療学会専門医数の推移を図23に、2021年4月1日現在の都道府県別専門医数を図24に示す。2021年4月1日現在の日本緩和医療学会専門医数は269名であり、最大が東京都の51名であった。専門医がいない都道府県は5あった。

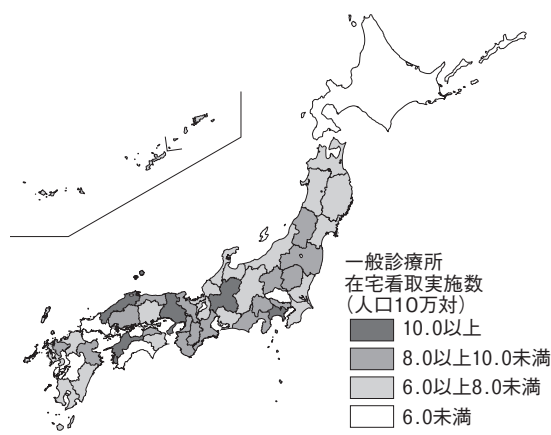
日本看護協会によるがん看護専門看護師、がん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師数の推移

を図25に示す。2021年12月1日現在、がん看護専門看護師980人、がん性疼痛認定看護師772人、緩和ケア認定看護師数2,577人であり、これらの合計は4,308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9.5、富山県7.4、島根県5.8であり、少ない都道府県は埼



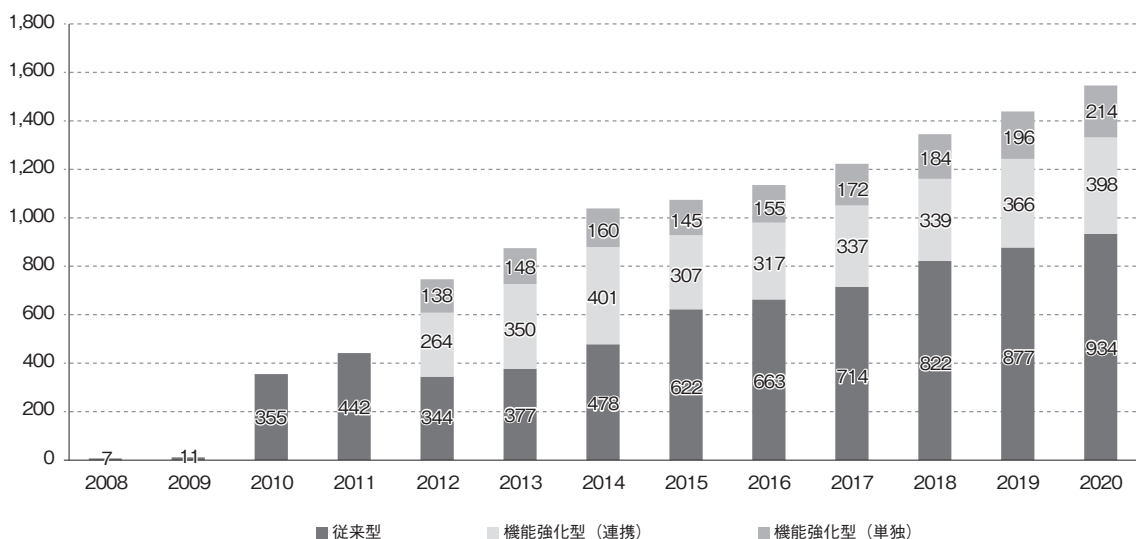
(厚生労働省, 医療施設調査 (静態調査), 2017 年 10 月 1 日)
※医療施設調査 (静態調査) は 3 年に 1 回実施
※一般診療所: 在宅療養支援診療所の届け出をしていない診療所

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 17 一般診療所在宅看取り実施件数 (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 年度)

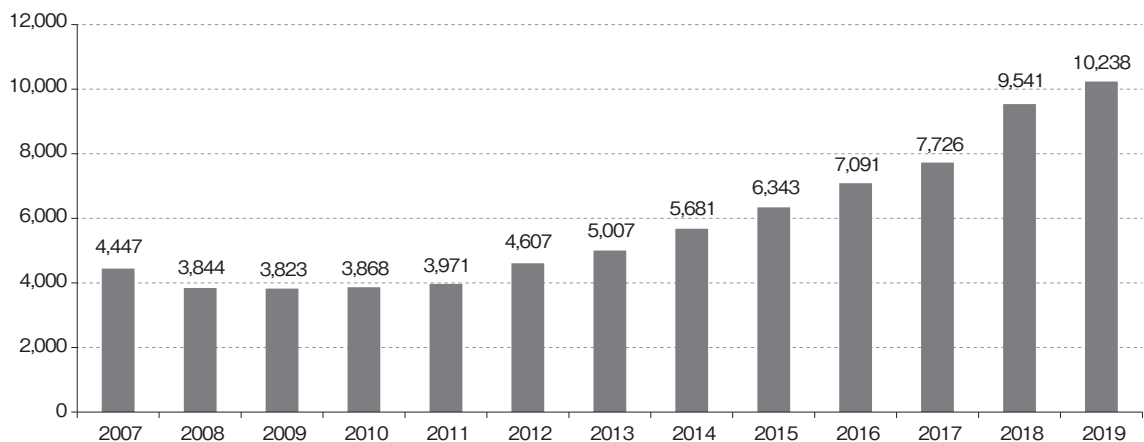
図 18 在宅療養支援病院数の推移

玉県 2.0, 茨城県 2.2 宮崎県 2.3 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。2021 年 10 月 1 日現在, 指導者は全国で 2,266 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

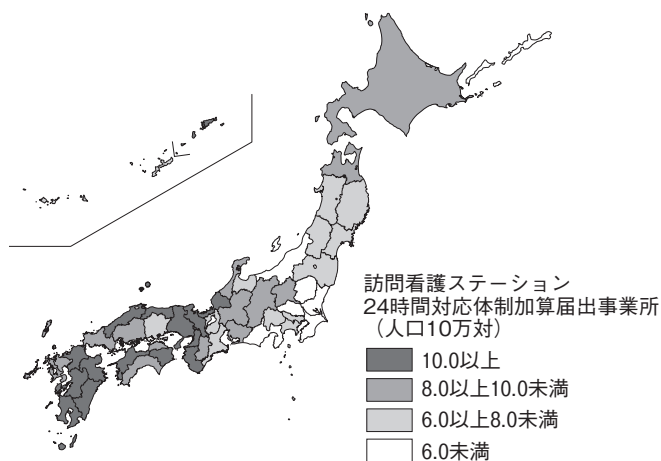
都道府県は島根県 4.0 人, 富山県 3.9 人, 鳥取県と徳島県で 3.1 人であり, 少なかった都道府県は千葉県 1.1 人, 静岡県 1.0 人, 埼玉県 0.9 人であった。

ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの累積受講者数の推移を図 29 に示す。2021 年 4 月 1 日における累積の受講者数の合計は 41,268 人であった。また, 2021 年 4 月 1 日現在の人口 10 万人対



(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



(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)

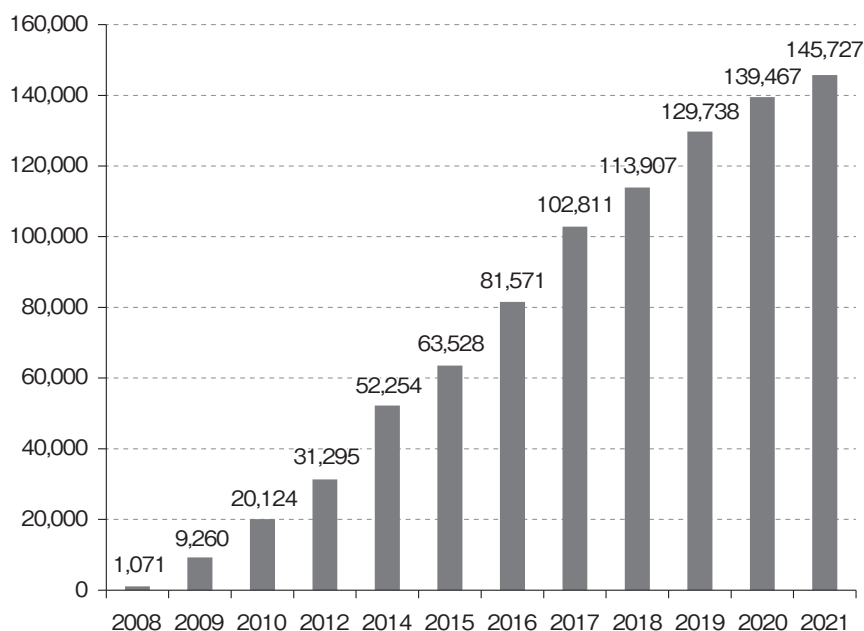
図20 都道府県別訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数

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98.7人、鹿児島県96.7人、岩手県70.4人であり、少なかった都道府県は静岡県10.8人、神奈川県と高知県で13.7人であった。

日本緩和医療学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図31に示す。2021年3月現在、緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で759人であった。

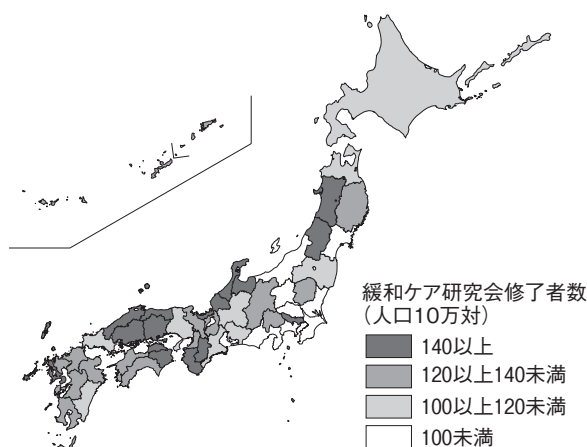
2021年3月現在の人口10万人対都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数を図32に示す。人口10万人対緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は島根県1.34人、広島県1.07、石川県1.06人であり、少なかった都道府県は、山梨県0.12人、宮崎県0.19、秋田県0.21人であった。

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12,396人であり、昨年より335人減少した。職種別では医師が6,331



(厚生労働省, 健康局 がん・疾病対策課, 2021 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



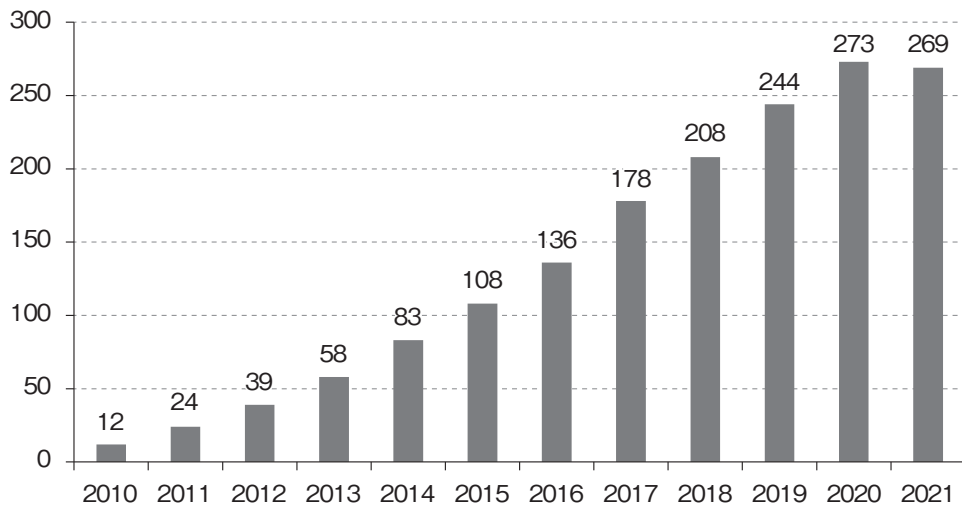
(厚生労働省, 健康局 がん・疾病対策課, 2021 年 9 月 30 日現在)

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」の終了者数の推移

人 (51%), 看護師が 4,420 人 (36%), 薬剤師が 937 人 (8%) であった。

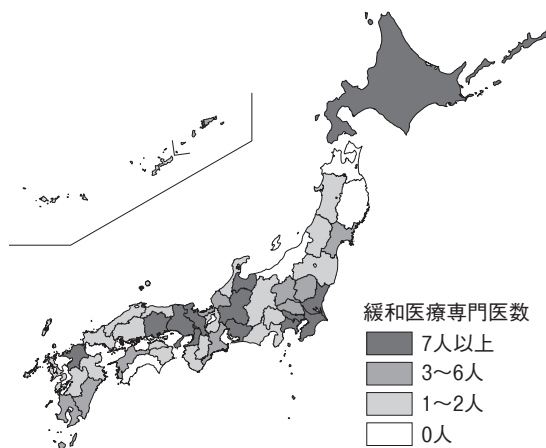
日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移を図 34 に示す。2021 年 9 月 1 日現在の総会員数は 1,963 人であり、医師が 845 人 (43%), 看護職が 399 人 (20%), 心理職が 341 人 (17%) であった。

日本がん看護学会の会員数の推移を図 35 に示す。2021 年 12 月 31 日現在の総会員数は 5,316 人であった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を図 36 に示す。2021 年 12 月 31 日現在会員数は 3,828 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。2020 年 1 月 25 日現在の会員数



※ 2010 年度から専門医制度が開始
 (日本緩和医療学会, 2021 年 4 月 1 日現在)

図 23 日本緩和医療学会専門医数の推移



(日本緩和医療学会, 2021 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

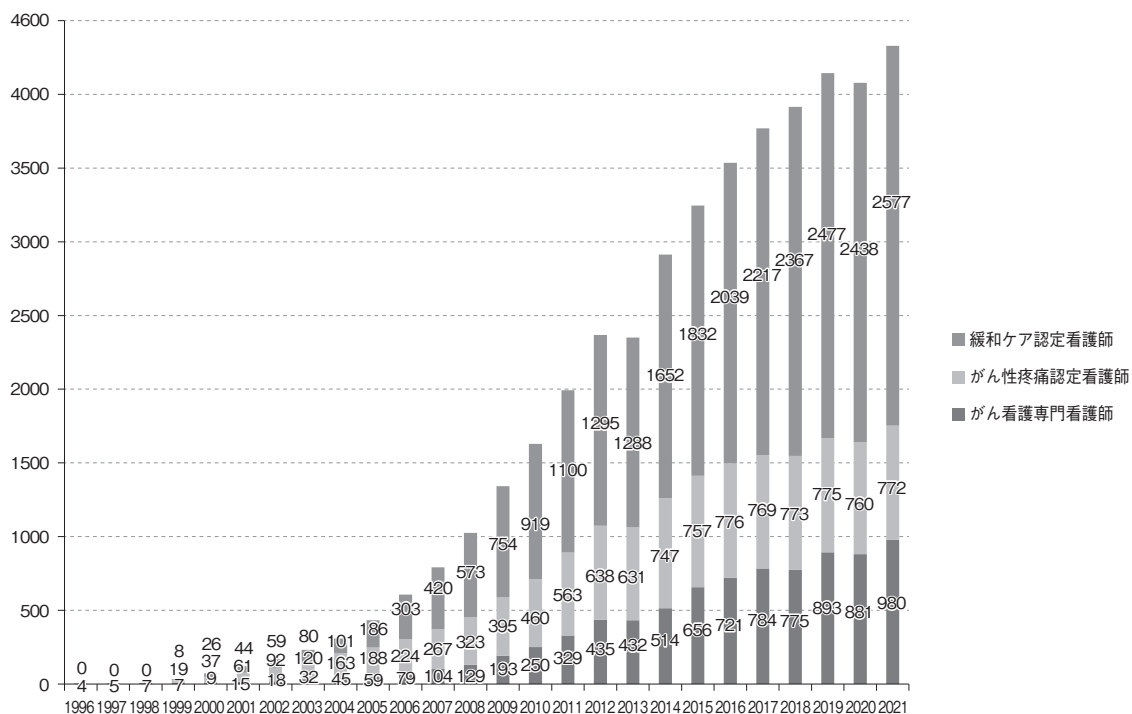
は 2,709 人であった。日本がんサポーターブケア学会会員数の推移を図 38 に示す。2021 年 2 月 16 日現在の会員数は 1,103 人であった。

診療報酬

社会医療診療行為別調査に基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

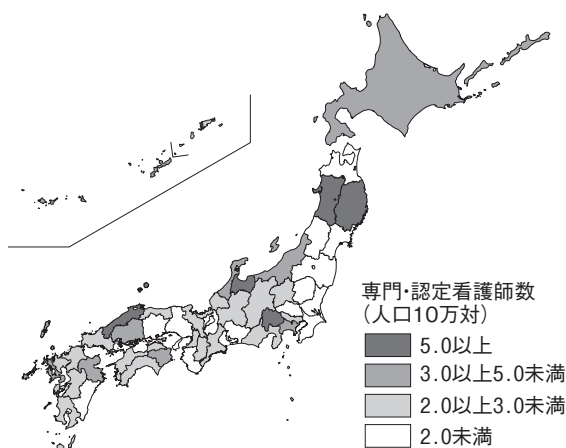
示す。緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく、標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。

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



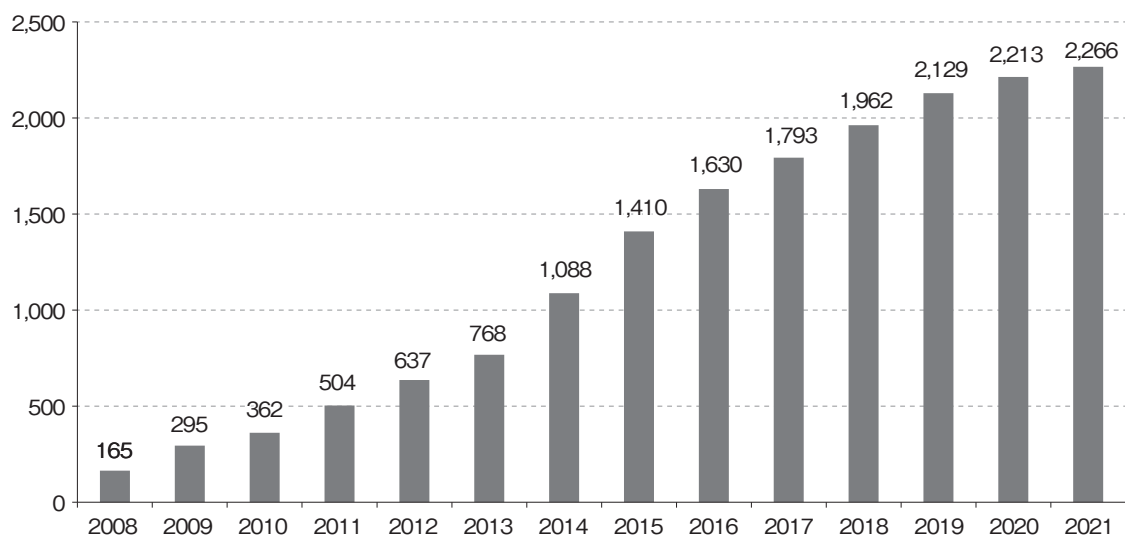
(日本看護協会, 2021 年 12 月 1 日現在)

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



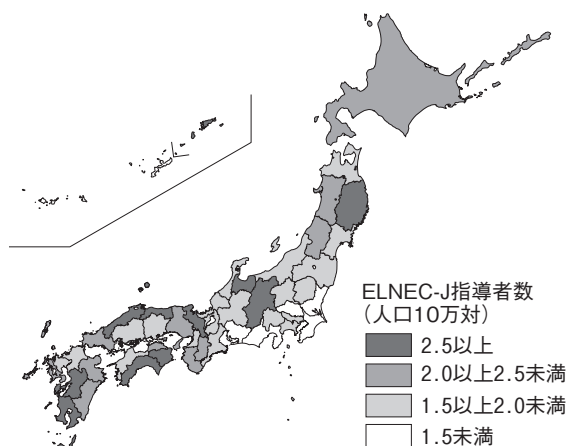
(日本看護協会, 2020 年 12 月 1 日現在)

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, 2021 年 10 月 1 日現在)

図 27 ELNEC-J 指導者数の推移



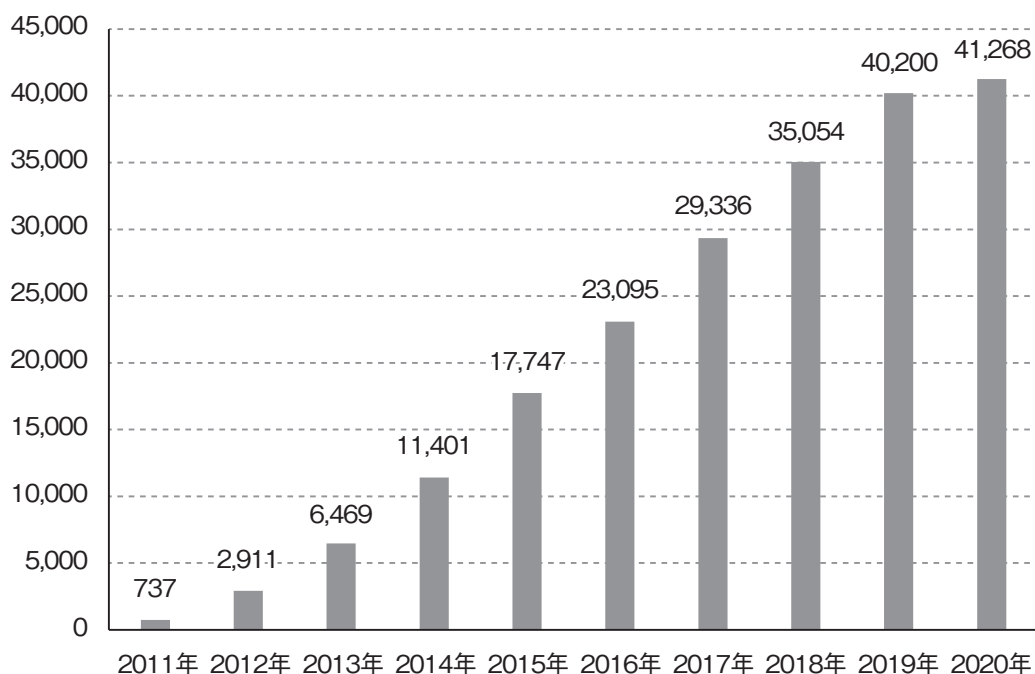
(日本緩和医療学会, 2021 年 10 月 1 日現在)

図 28 都道府県別 ELNEC-J 指導者数

患者指導管理料について図 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。

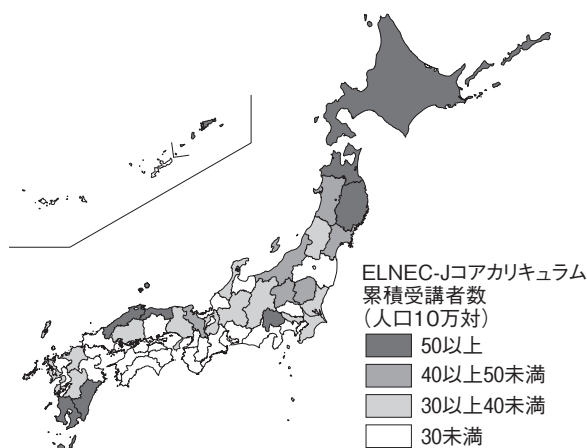
また、2019 年度 NDB オープンデータに基づく都道府県別の診療報酬からの集計を図 53～64 に示す。NDB オープンデータにもとづく人口 10 万対緩和ケア診療加算点数を図 53、NDB オープンデータに基づく人口 10 万対外来緩和ケア加算を図 54、NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料 1 (30 日以内) の全ての緩和ケア病棟入

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 59～61、同 (入院) を図 62～64 に示す。



(日本緩和医療学会, 2021 年 4 月 1 日現在)

図 29 ELNEC-J 受講者数の推移



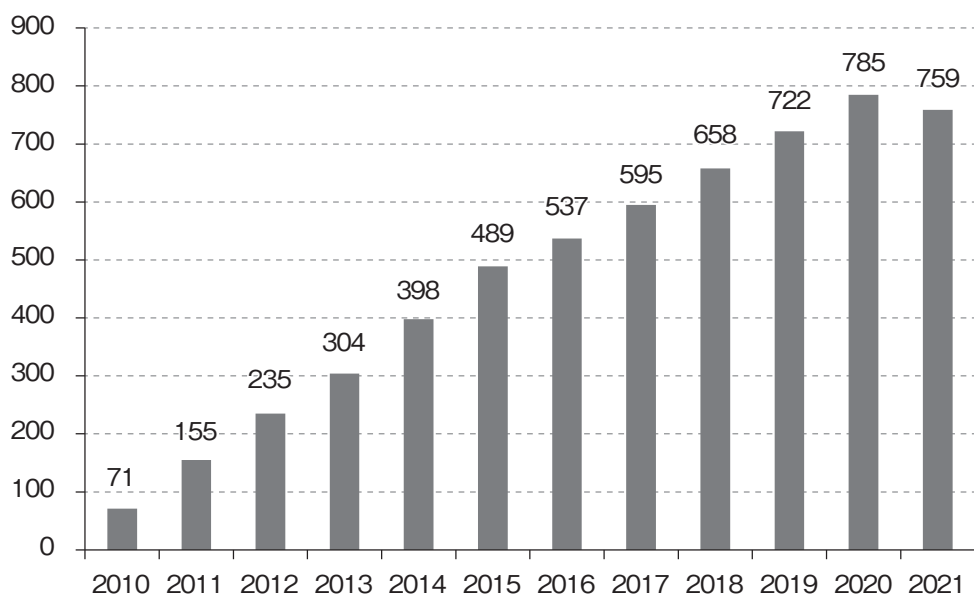
(日本緩和医療学会, 2020 年 4 月 1 日現在)

図 30 都道府県別 ELNEC-J 受講者数

医療用麻薬

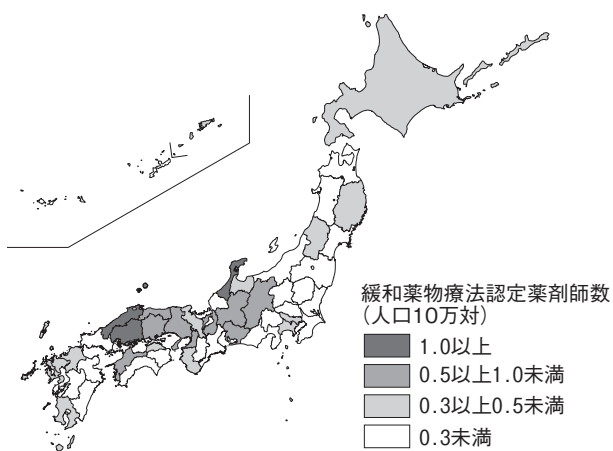
人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移を図 65 に示す。2018 年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ 1.4g、オキシコドン 6.0g、フェンタニル 25.8g であり、合計は 33.2g であっ

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。



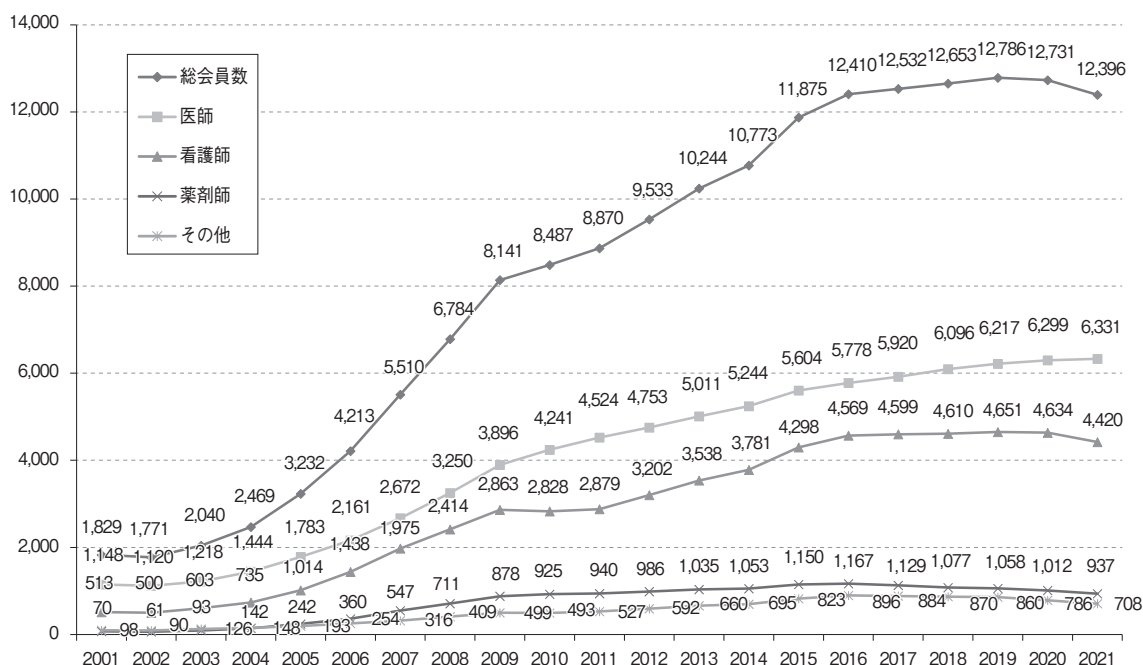
(日本緩和医療薬学会, 2021 年 3 月現在)

図 31 緩和薬物療法認定薬剤師の推移



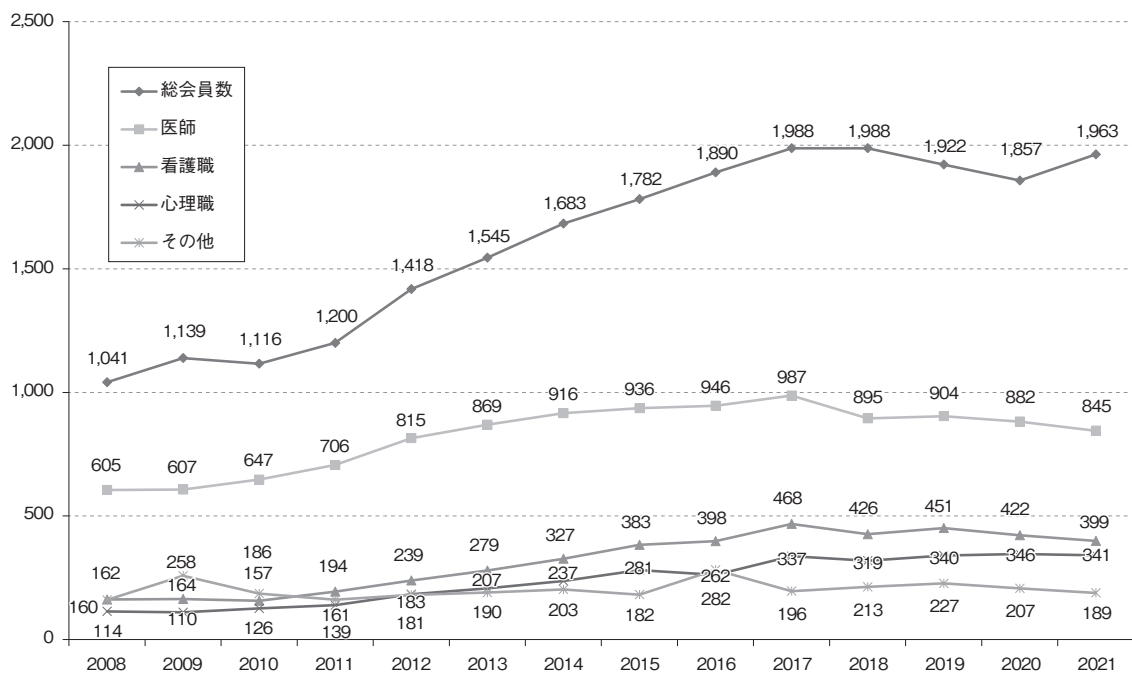
(日本緩和医療薬学会, 2021 年 3 月現在)

図 32 都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数



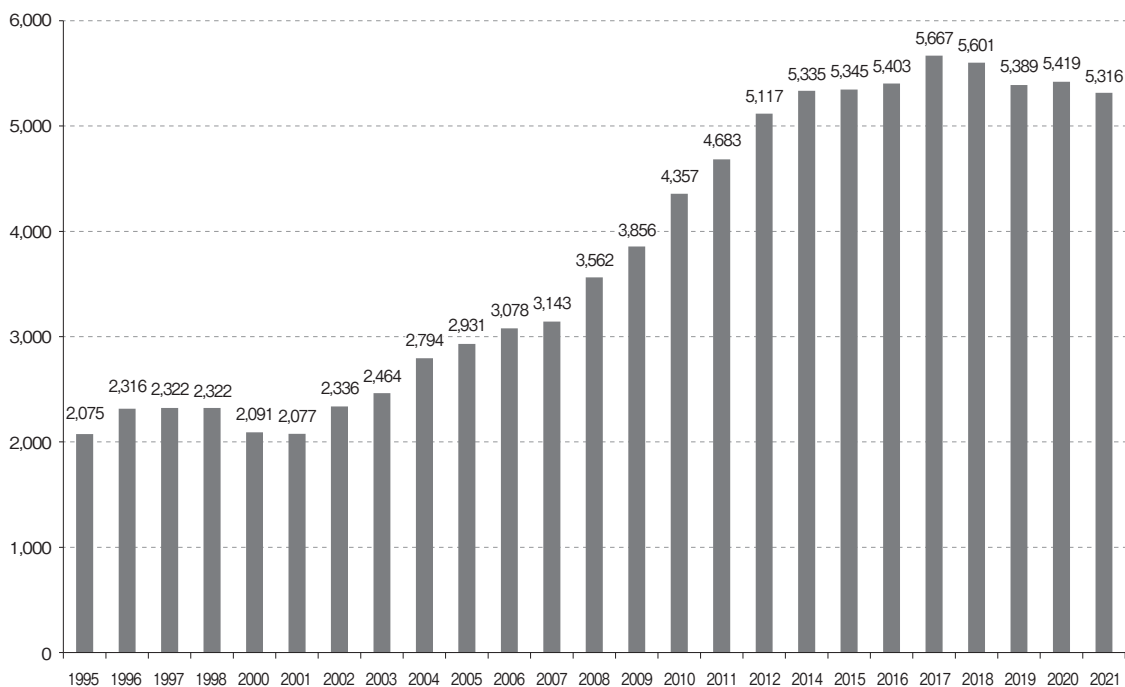
(日本緩和医療学会, 2021 年 4 月 30 日現在)

図 33 日本緩和医療学会会員数の推移



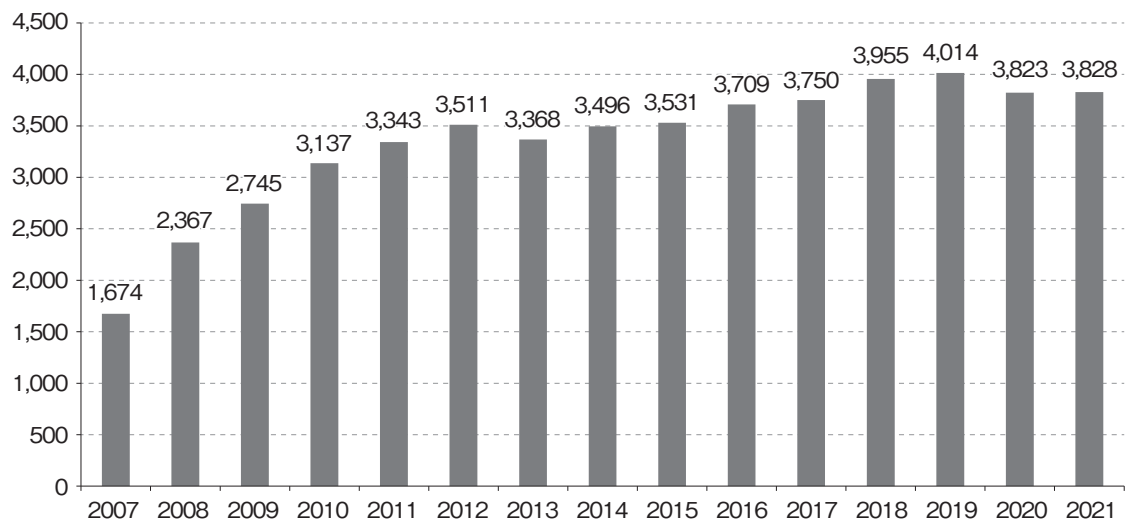
(日本サイコオンコロジー学会, 2021 年 9 月 1 日現在)

図 34 日本サイコオンコロジー学会会員数の推移



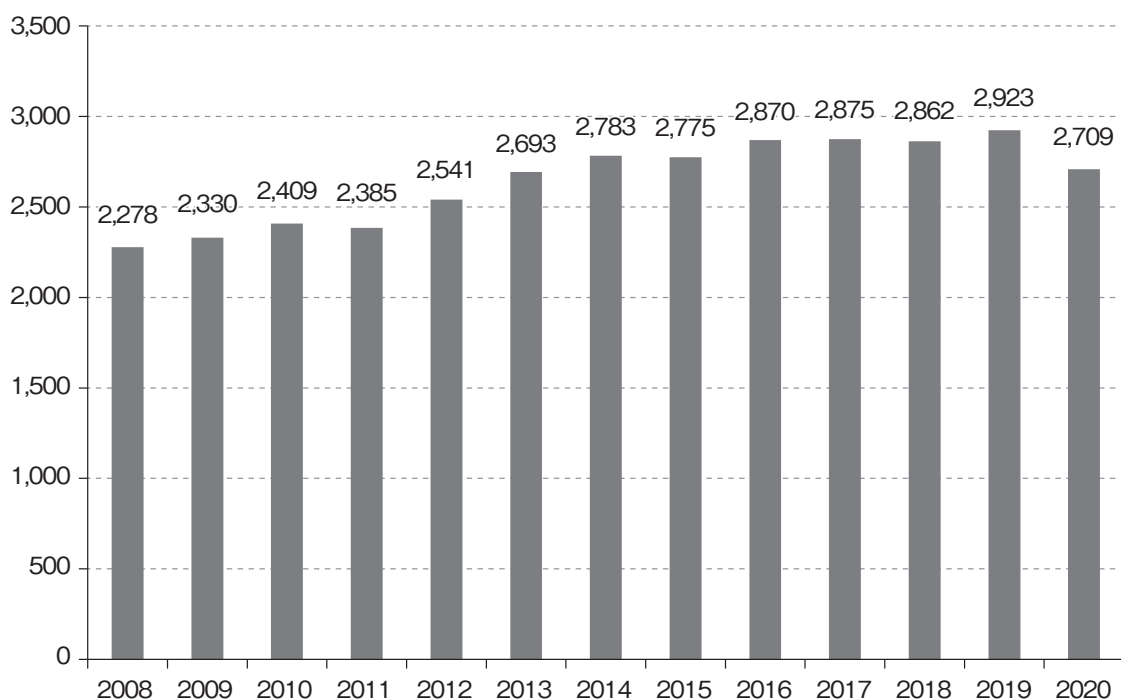
(日本がん看護学会, 2021 年 12 月 31 日現在)

図 35 日本がん看護学会会員数の推移



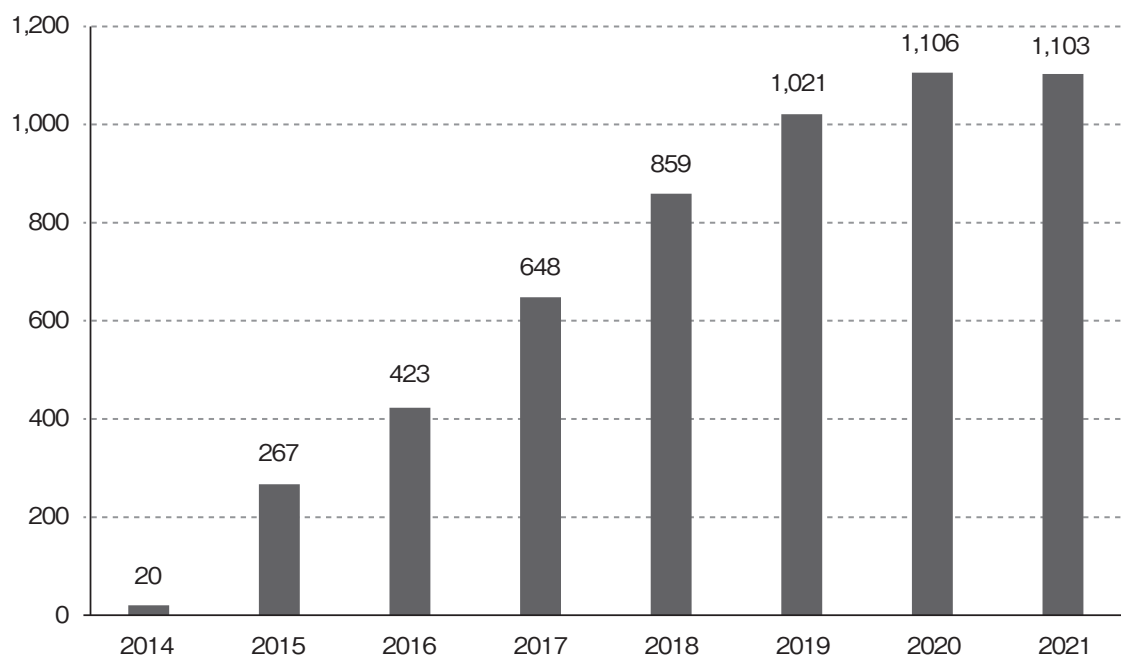
(日本緩和医療薬学会, 2021 年 12 月 31 日現在)

図 36 日本緩和医療薬学会の会員数の推移



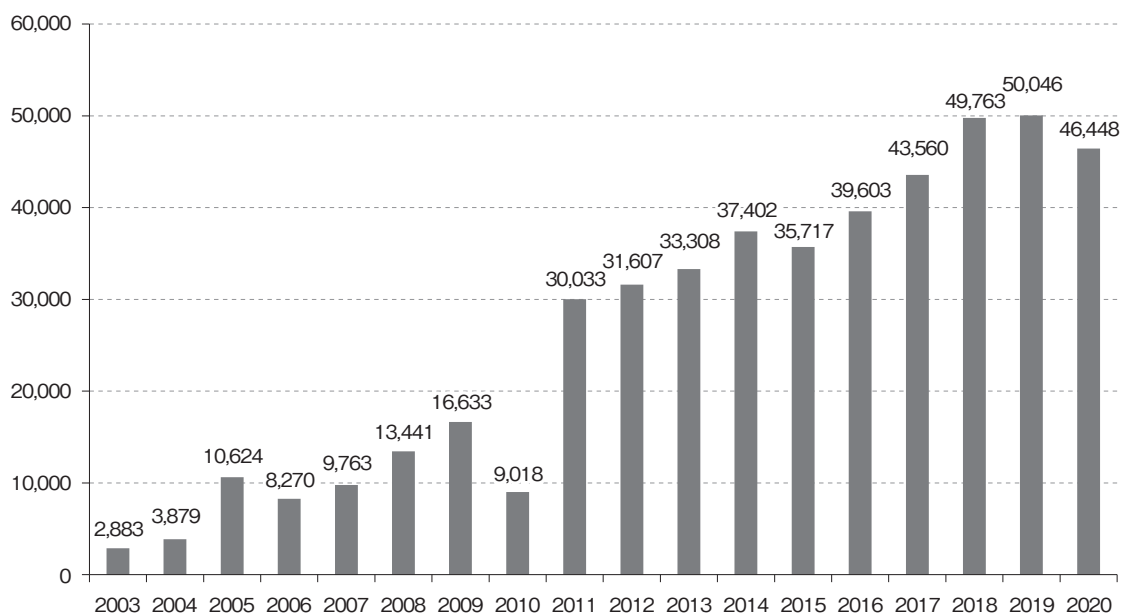
(日本死の臨床研究会, 2020年1月25日現在)

図 37 日本死の臨床研究会の会員数の推移



(日本がんサポーターティブケア学会, 2021年2月19日現在)

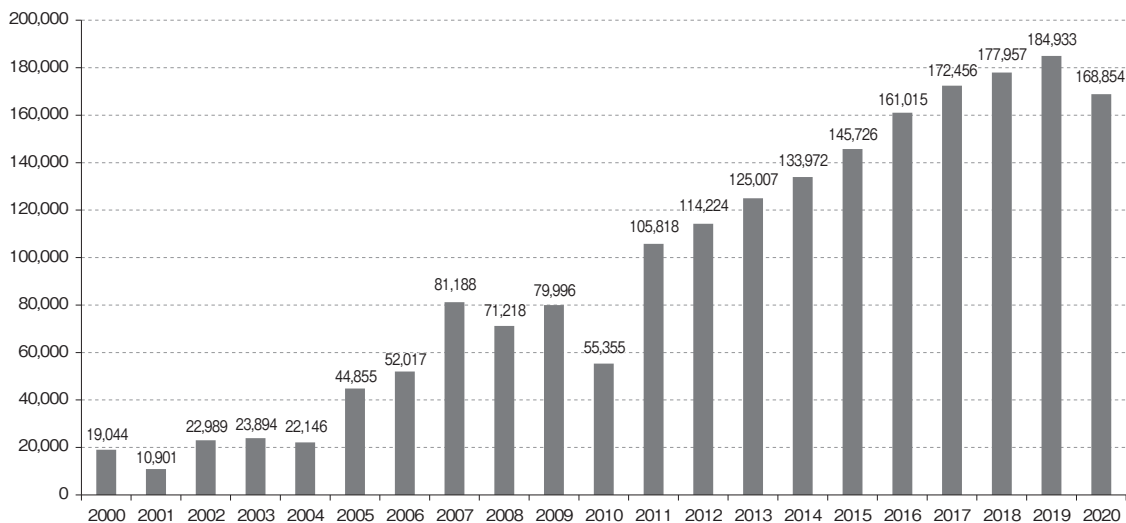
図 38 日本がんサポーターティブケア学会会員数の推移



※各年 6 月審査分

(厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2021 年 6 月現在)

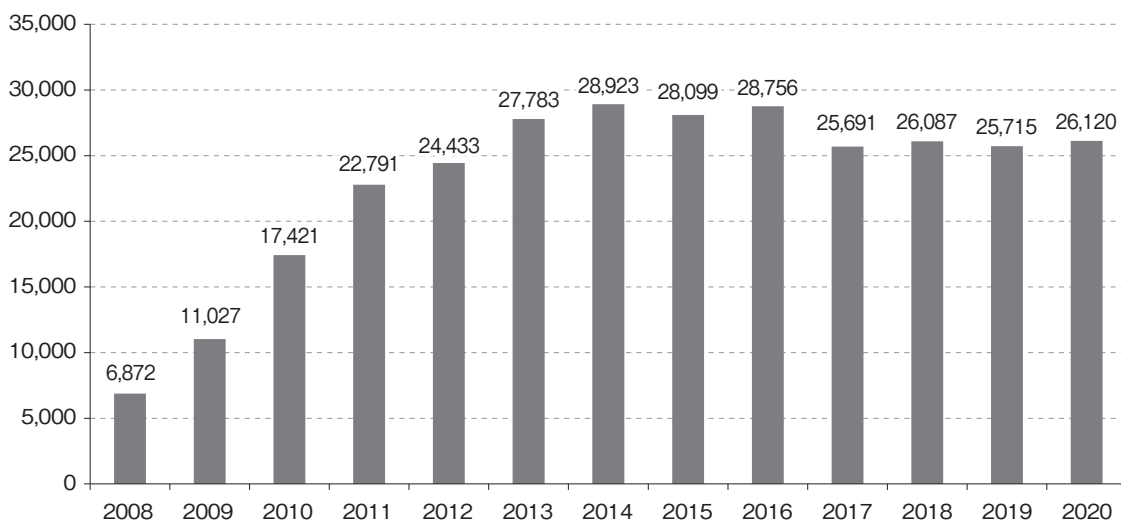
図 39 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア診療加算



※各年 6 月審査分

(厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2021 年 6 月現在)

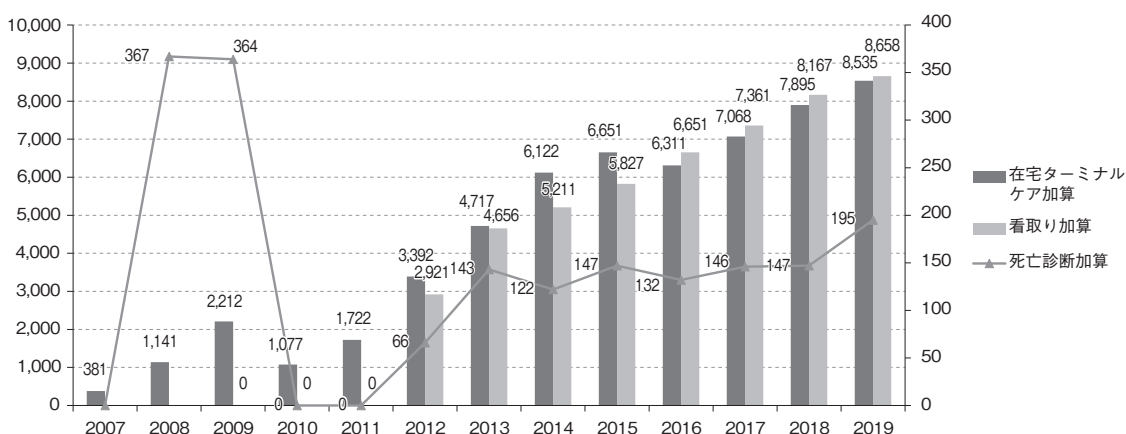
図 40 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア病棟入院料



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2021年6月現在)

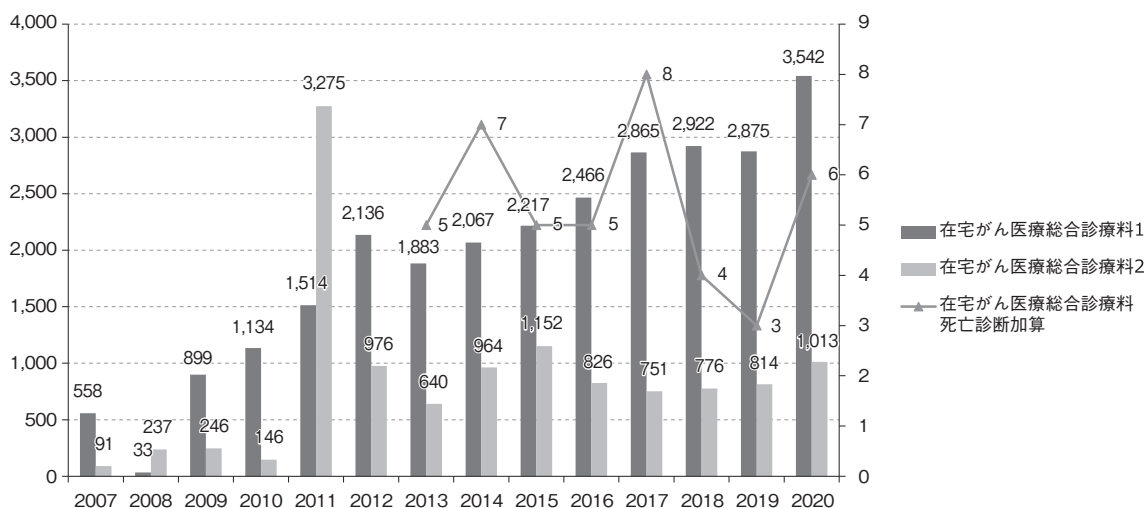
図 41 社会医療診療行為別調査に基づくがん性疼痛緩和指導管理料



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2021年6月現在)

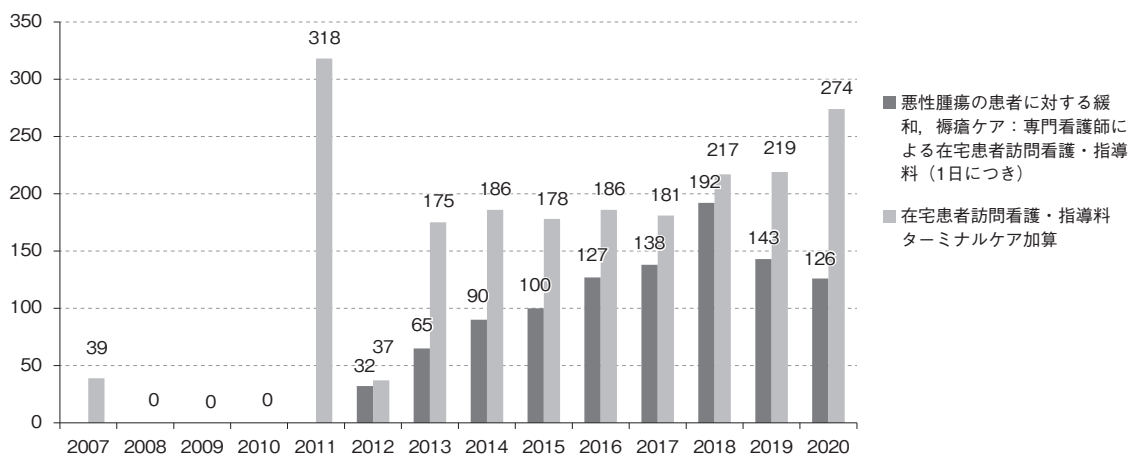
図 42 社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問指導料



※ 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，2021年6月現在)

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

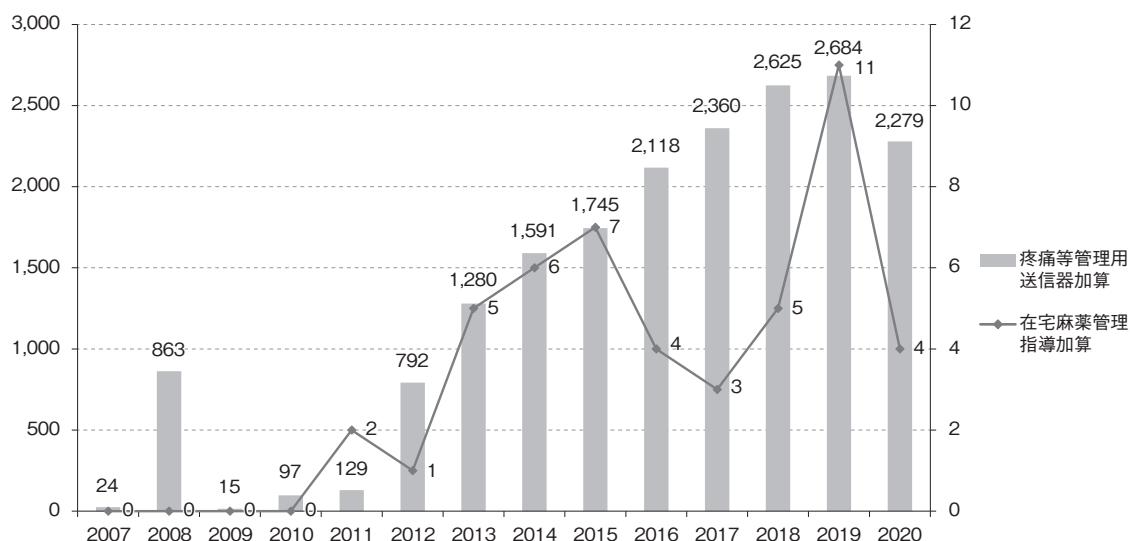
2010年 医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても加算が取れるように改定

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，2021年6月現在)

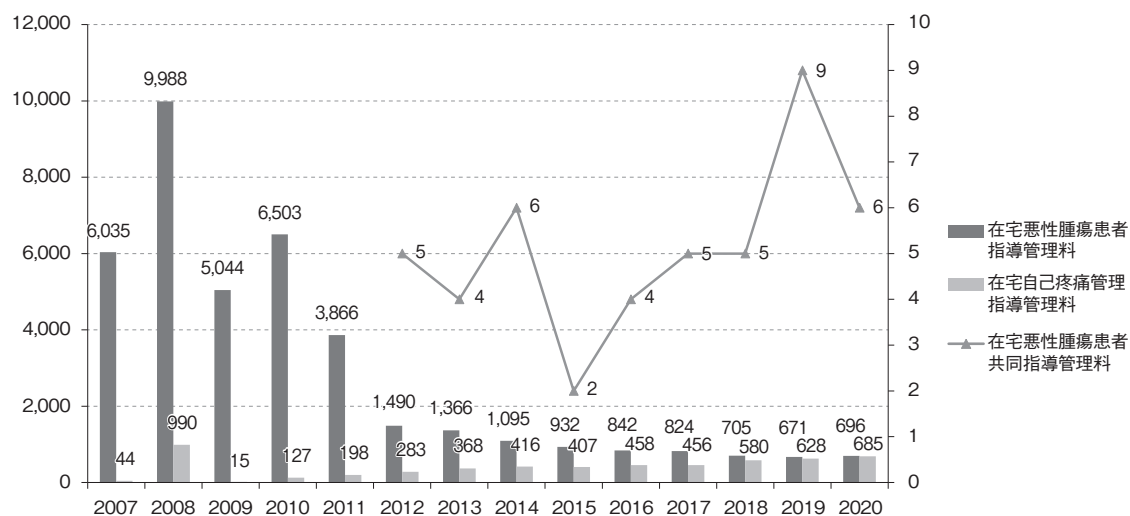
図 44 社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問看護・指導料等



※各年6月審査分

(厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2021年6月現在)

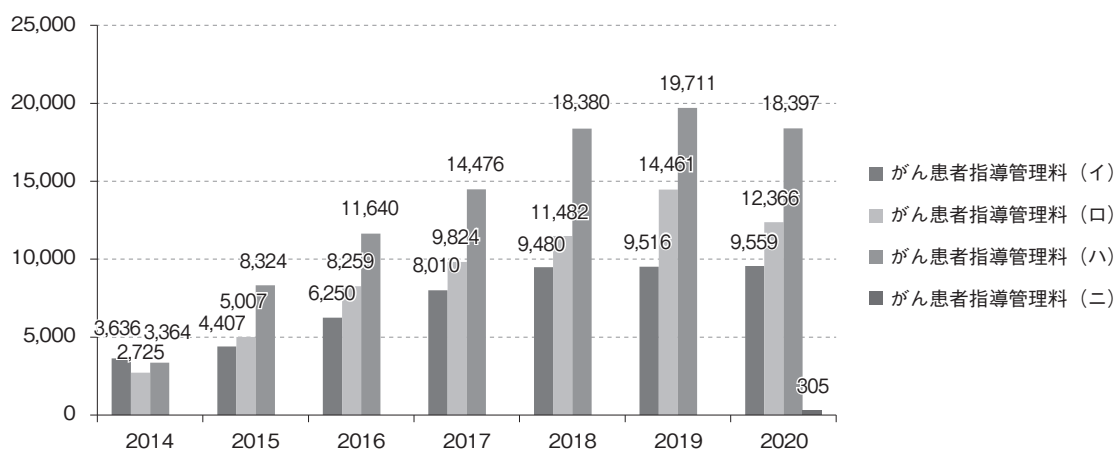
図45 社会医療診療行為別調査に基づく麻薬管理等に関する加算



※各年6月審査分

(厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2021年6月現在)

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



※各年 6 月審査分

がん患者指導管理料イ：医師が看護師と共同して診療方針等を話し合い、その内容を文書等により提供した場合

がん患者指導管理料ロ：医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合

がん患者指導管理料ハ：医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合

がん患者指導管理料ニ：医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合

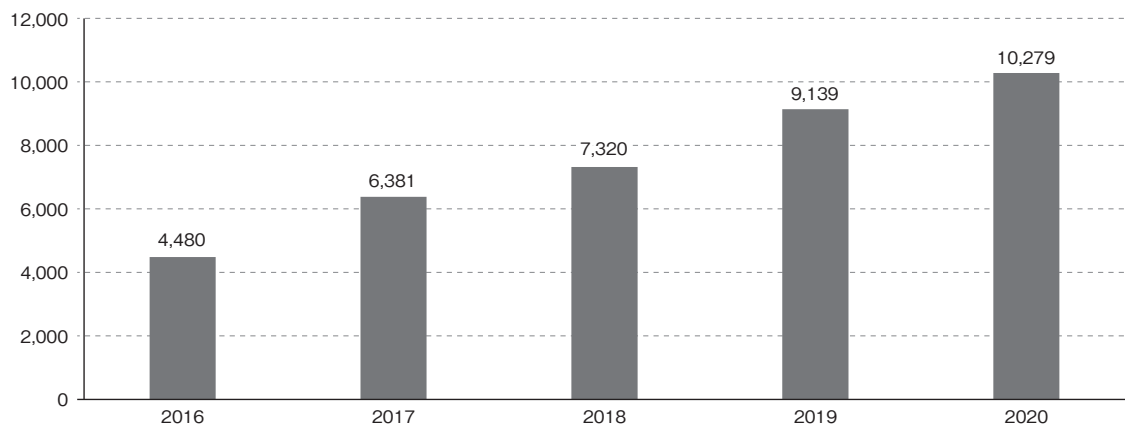
* 2014 年 がん患者指導管理料が策定された（以前はがん患者カウンセリング料だったが、がん患者指導管理料2やがん患者指導管理料3の内容は含まれていなかった）

* 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

* 2020 年 がん指導管理料ニが追加

（厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2021 年 6 月現在）

図 47 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

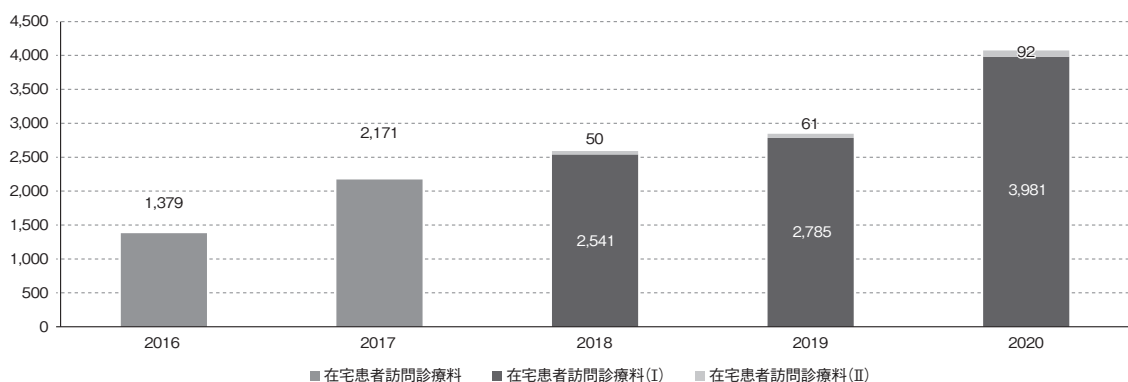


※各年 6 月審査分

（厚生労働省，社会医療診療行為別調査，2021 年 6 月現在）

図 48 在宅緩和ケア充実

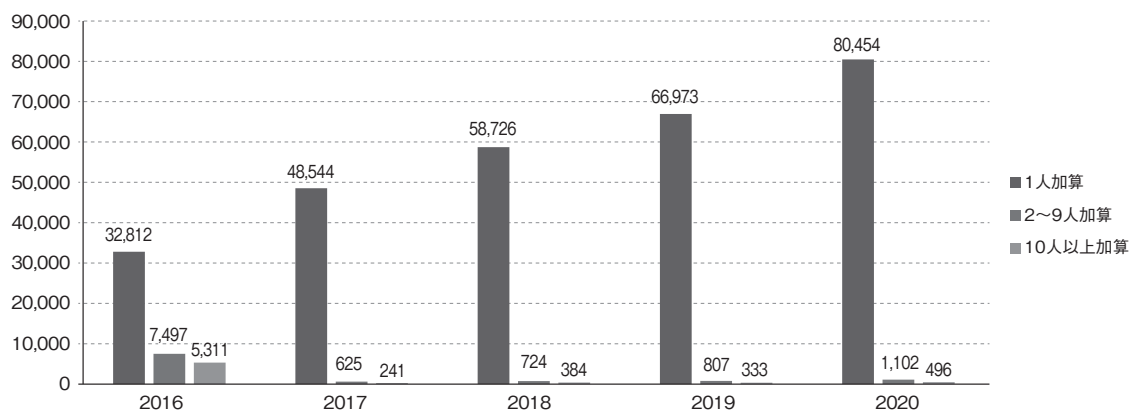
診療所・病院加算—往診料（緊急，夜間・休日又は深夜の往診）—



※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, 2021年6月現在)

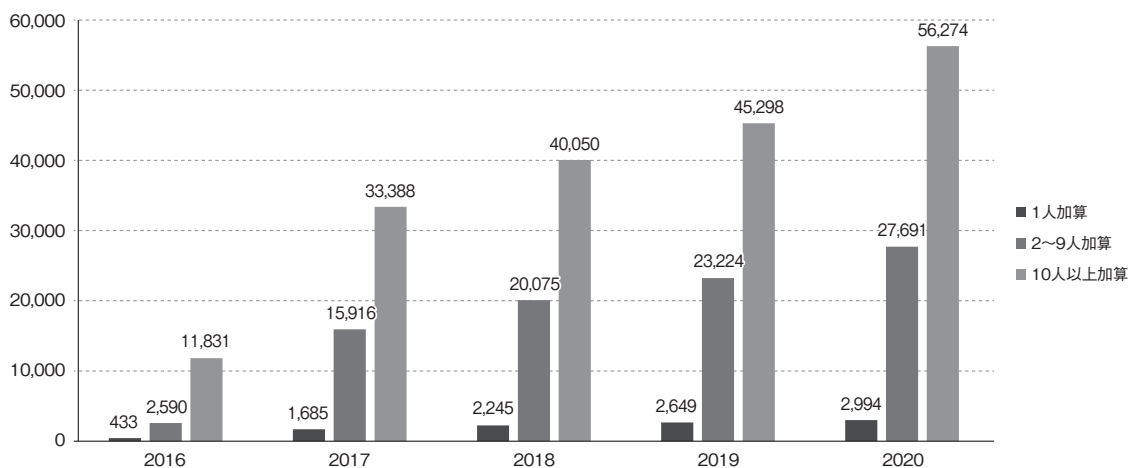
図49 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算—在宅患者訪問診療料—



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2021年6月現在)

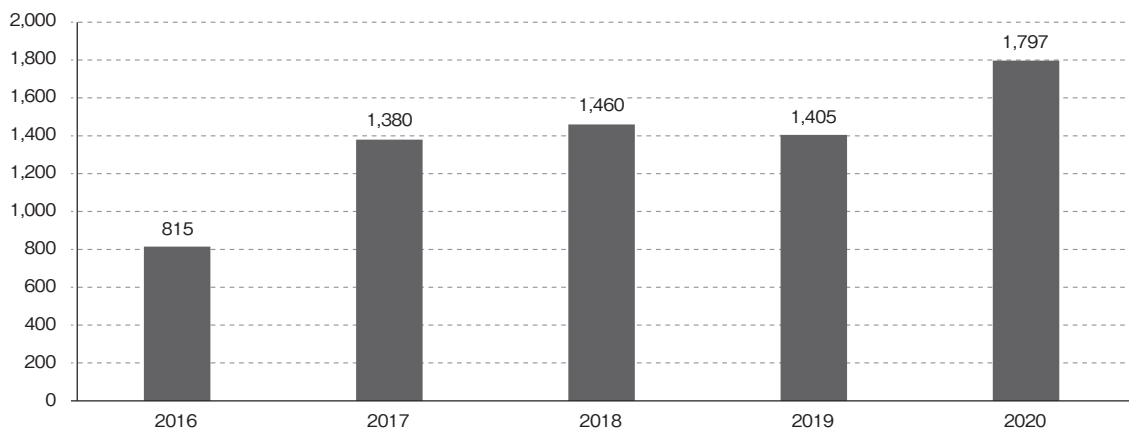
図50 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算—在宅時医学総合管理料—



※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2021年6月現在)

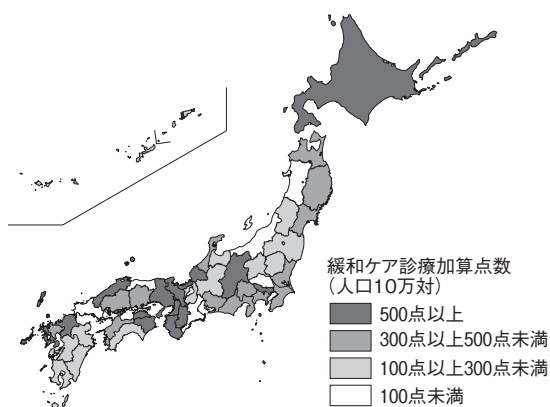
図 51 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算—施設入居時等医学総合管理料—



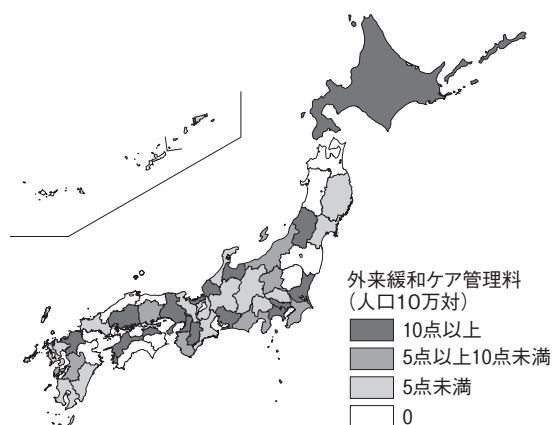
※各年6月審査分

(厚生労働省, 社会医療診療行為別調査, 2021年6月現在)

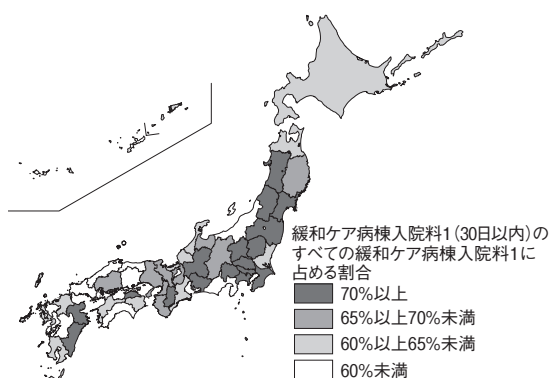
図 52 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算—在宅がん医療総合診療料—



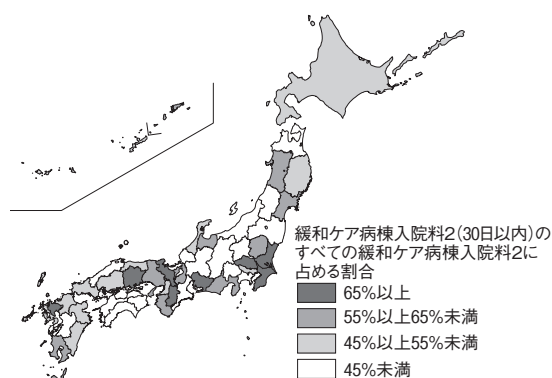
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 53 NDB オープンデータに基づく都道府県別人口
10 万対緩和ケア診療加算



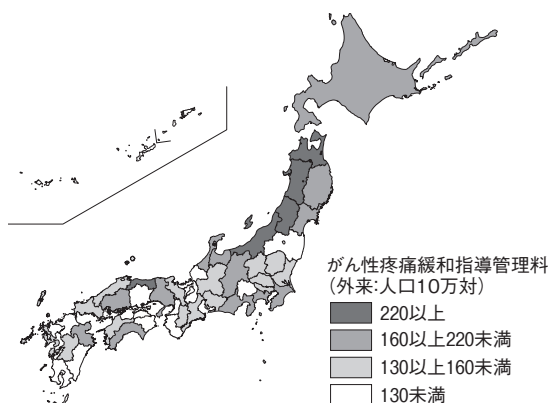
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 54 NDB オープンデータに基づく都道府県別人口
10 万対外来緩和ケア加算



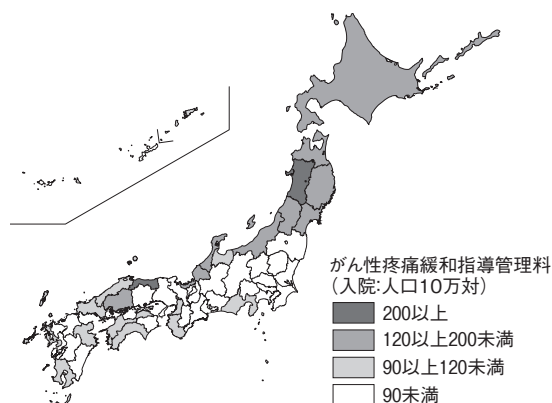
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 55 NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入
院料 1 (30 日以内) の全ての緩和ケア病棟入
院料 1 に占める割合



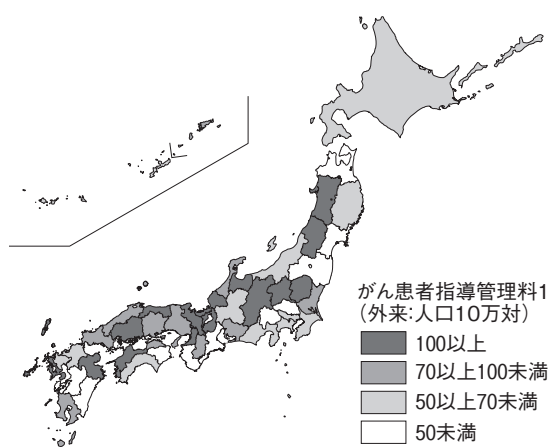
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 56 NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入
院料 2 (30 日以内) の全ての緩和ケア病棟入
院料 2 に占める割合



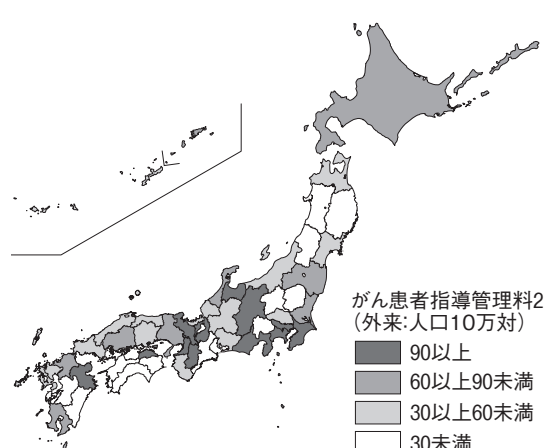
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 57 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和
と指導料 (外来)



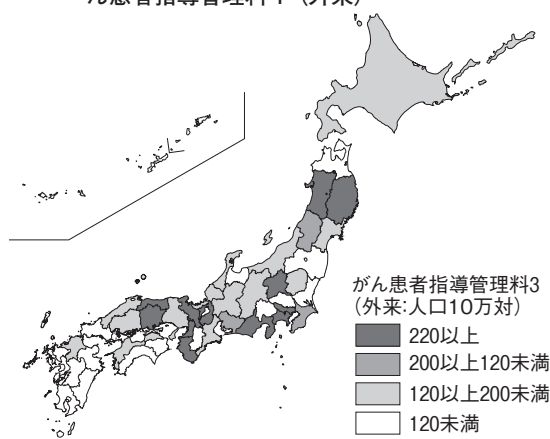
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 58 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和
と指導料 (入院)



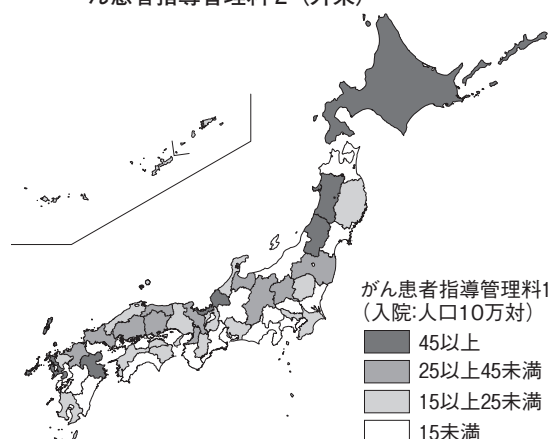
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 59 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1 (外来)



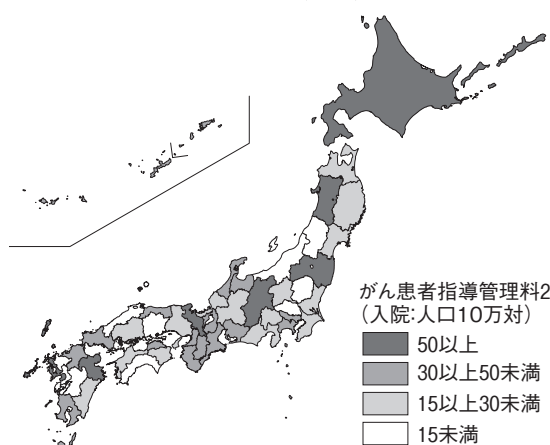
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 60 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2 (外来)



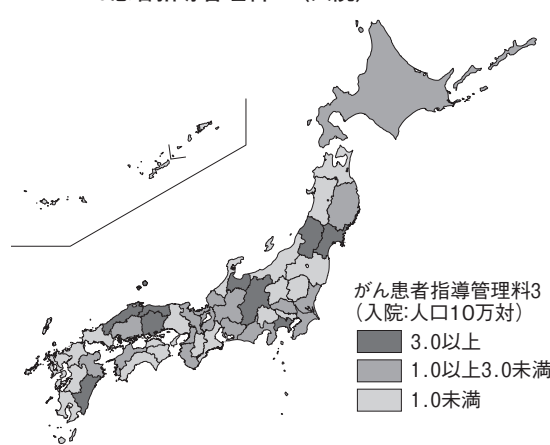
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 61 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (外来)



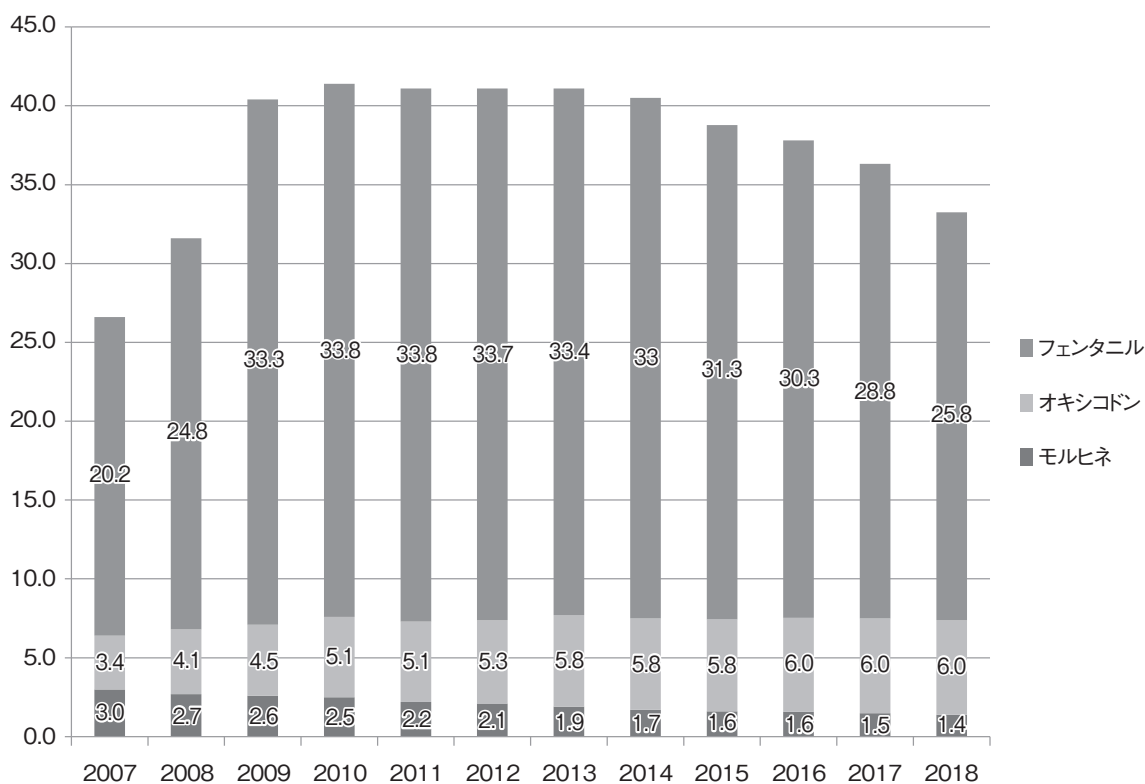
(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 62 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1 (入院)



(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 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)

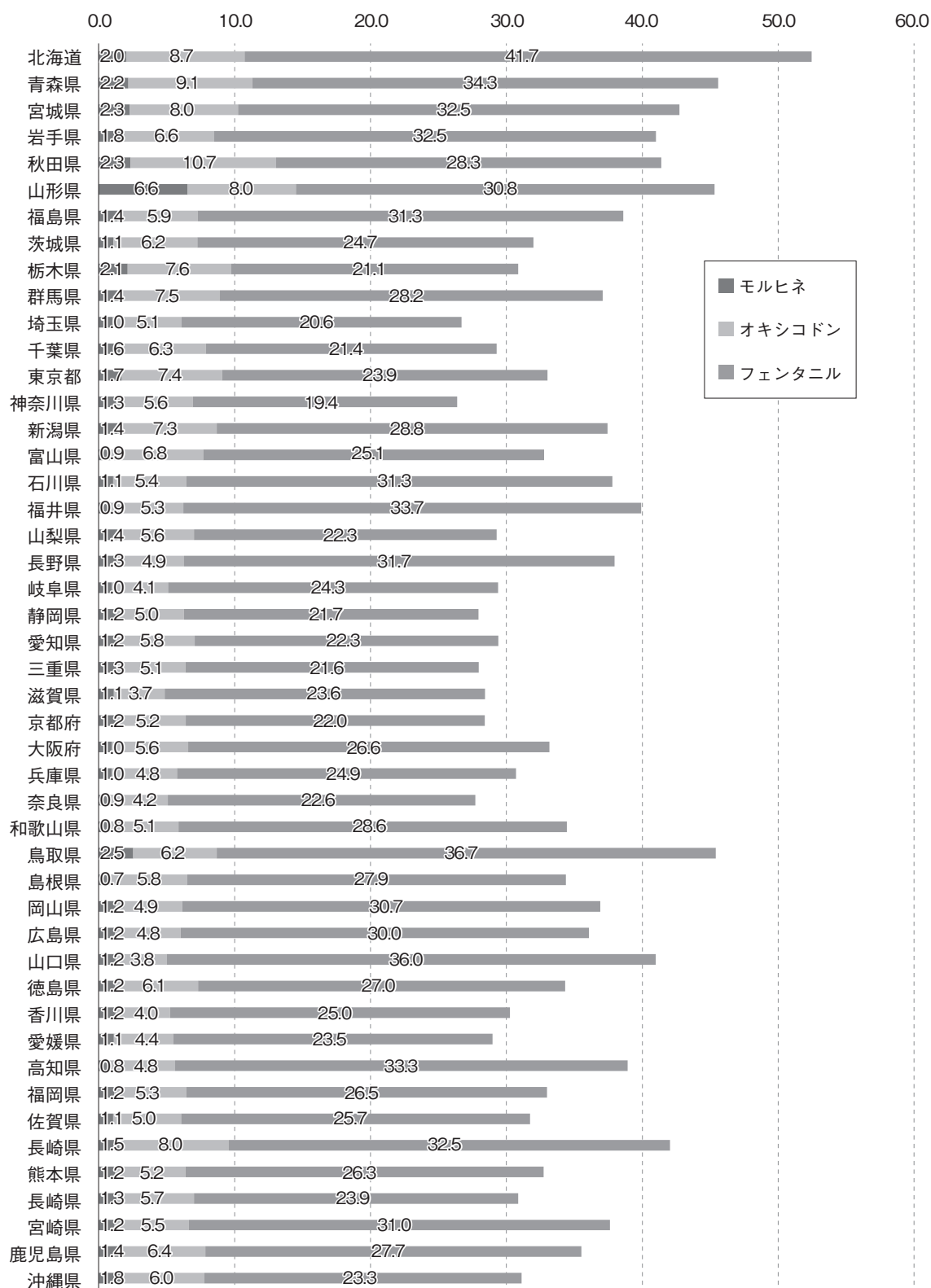


(厚生労働省, 第6回 NDB オープンデータより, 2019 年度)
図 64 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (入院)



(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	2020	2020	2020	2020	2020	2017	2017
総数	126146	378385	12.3%	15.7%	16.9%	10.6	3.8
北海道	5225	19781	13.1%	11.4%	10.3%	5.3	2.1
青森	1238	4988	5.7%	12.2%	9.5%	6.3	3.3
岩手	1211	4581	17.1%	11.3%	8.0%	5.0	2.8
宮城	2302	6845	11.0%	15.7%	18.0%	5.4	2.8
秋田	960	4137	10.9%	10.1%	5.3%	7.1	3.8
山形	1068	3890	2.9%	12.7%	15.6%	7.4	5.2
福島	1833	6259	6.8%	14.2%	12.8%	8.2	4.3
茨城	2867	8934	12.1%	13.4%	12.3%	6.3	2.7
栃木	1933	5790	12.6%	16.5%	17.1%	7.3	4.3
群馬	1939	5950	12.7%	14.1%	16.7%	11.8	5.1
埼玉	7345	20463	7.8%	16.8%	18.6%	6.0	2.2
千葉	6284	17709	11.8%	18.4%	18.5%	5.5	2.5
東京都	14048	34219	10.8%	22.2%	25.3%	10.0	3.5
神奈川	9237	24538	9.3%	21.1%	26.3%	8.5	3.8
新潟	2201	7779	8.9%	10.4%	6.7%	5.5	4.1
富山	1035	3555	6.6%	12.8%	14.1%	5.7	4.1
石川	1133	3625	6.4%	12.0%	14.6%	12.6	4.0
福井	767	2336	13.7%	13.7%	11.4%	6.3	4.8
山梨	810	2433	4.1%	15.4%	19.1%	7.2	3.9
長野	2048	6380	12.0%	13.8%	15.0%	12.2	5.2
岐阜	1979	6043	9.3%	16.2%	21.4%	12.0	6.1
静岡	3633	10960	3.5%	16.4%	18.5%	9.1	4.1
愛知	7542	19825	16.5%	15.6%	16.6%	9.9	3.2
三重	1770	5231	16.7%	15.1%	17.5%	9.6	4.7
滋賀	1414	3699	13.1%	16.6%	14.3%	9.9	4.5
京都	2578	7721	15.7%	16.9%	18.0%	12.5	4.9
大阪	8838	26728	11.1%	19.0%	19.4%	18.1	4.3
兵庫	5465	16632	15.3%	18.5%	20.6%	15.2	5.4
奈良	1324	4262	7.0%	18.5%	19.7%	11.1	5.4
和歌山	923	3296	2.1%	14.6%	17.7%	17.1	6.6
鳥取	553	1879	6.1%	13.4%	12.3%	13.3	5.8
島根	671	2413	10.3%	11.6%	11.0%	17.1	5.9
岡山	1888	5665	13.1%	13.2%	12.6%	15.8	3.4
広島	2800	8111	16.2%	13.8%	12.2%	19.2	5.3
山口	1342	4726	18.3%	12.1%	9.9%	10.3	4.4
徳島	720	2446	10.3%	10.8%	10.3%	19.1	4.7
香川	950	3001	11.5%	15.1%	14.6%	13.0	5.3
愛媛	1335	4549	16.5%	15.4%	17.4%	14.0	6.3
高知	692	2550	24.1%	12.2%	12.2%	5.0	1.7
福岡	5135	15677	25.1%	12.7%	14.0%	14.9	3.5
佐賀	811	2689	16.0%	10.5%	10.9%	15.3	4.1
長崎	1312	4804	16.1%	11.7%	13.6%	21.1	4.7
熊本	1738	5349	18.3%	11.4%	11.1%	11.7	2.7
大分	1124	3628	12.4%	9.6%	10.7%	16.0	4.5
宮崎	1070	3564	15.5%	10.1%	10.4%	10.0	3.9
鹿児島	1588	5358	15.4%	10.6%	11.7%	16.8	4.6
沖縄	1467	3274	24.7%	15.2%	15.1%	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	2021	2021	2021	2021	2021
8.1	0.62	8.3	115.3	269	980	771	2557
4.8	0.46	8.0	105.1	9	61	23	145
6.7	0.24	9.3	113.1	0	4	2	30
6.8	0.33	7.5	135.8	0	9	5	48
7.7	0.57	6.0	80.3	5	15	12	36
6.9	0.10	6.3	191.3	1	11	4	33
9.2	0.19	6.2	155.6	1	6	4	20
9.6	0.33	6.3	106.3	2	7	10	30
7.3	0.60	5.7	89.4	8	10	8	45
8.3	0.63	5.4	121.7	5	17	9	28
9.8	0.32	9.3	98.1	4	25	6	42
5.8	0.72	5.2	58.9	6	18	23	108
6.7	0.83	5.4	84.3	10	33	35	92
9.1	1.08	7.5	141.9	51	149	80	259
10.9	1.16	7.0	88.1	12	87	87	223
7.2	0.05	5.2	77.0	0	20	13	58
7.0	0.49	6.7	205.0	8	12	8	57
7.3	0.89	9.0	140.6	2	9	12	25
7.3	0.13	10.1	185.2	5	9	9	12
8.1	0.50	6.0	125.9	1	4	5	68
7.9	0.10	8.1	130.2	1	9	13	55
13.0	0.57	9.0	118.8	7	16	19	27
9.4	0.76	5.6	93.8	2	28	18	67
7.3	0.75	9.0	111.3	15	41	89	65
9.0	0.17	7.4	103.9	5	19	14	20
6.9	0.14	7.9	132.0	2	8	9	22
8.7	0.36	10.7	138.8	11	29	19	47
8.3	0.75	12.5	125.5	19	63	80	138
10.7	0.56	11.0	119.2	26	53	25	80
8.5	0.61	9.9	147.9	2	11	9	28
9.8	0.44	12.4	197.7	1	6	6	13
9.6	0.54	10.5	166.6	2	4	3	13
10.1	0.15	11.9	245.7	2	6	3	30
5.9	0.70	7.9	150.4	7	17	11	27
9.1	0.51	9.5	141.2	2	24	15	72
5.8	0.07	9.6	114.3	2	7	9	25
6.4	0.14	10.2	160.6	2	12	4	13
9.5	0.11	8.8	162.8	1	9	6	22
11.7	0.53	10.5	121.8	4	8	5	31
2.3	0.43	8.2	133.3	0	17	2	6
6.0	0.46	10.5	134.0	12	34	18	138
9.3	0.62	8.8	130.9	0	4	2	19
6.8	0.30	8.6	145.4	2	7	7	47
4.5	0.17	11.7	137.1	2	5	9	48
8.7	0.18	10.6	132.0	1	14	5	28
7.4	0.28	10.2	111.3	5	8	3	14
7.7	0.38	10.1	123.2	3	3	8	49
4.5	0.21	7.8	125.6	1	12	5	54

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 ア ム 累 積 受 講 者 数	ELNEC-J 看 護 師 教 育 コ ア カ リ キ ュ ア 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	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2019
総数	4308	2266	1.80	41268	32.7	759	0.60	494.9
北海道	229	124	2.37	3225	61.7	35	0.67	765.2
青森	36	22	1.78	666	53.8	6	0.48	378.5
岩手	62	32	2.64	853	70.4	6	0.50	343.4
宮城	63	35	1.52	1016	44.1	7	0.30	385.0
秋田	48	23	2.40	428	44.6	2	0.21	30.4
山形	30	24	2.25	350	32.8	6	0.56	281.1
福島	47	28	1.53	463	25.3	5	0.27	155.6
茨城	63	35	1.22	1026	35.8	10	0.35	307.7
栃木	54	32	1.66	864	44.7	8	0.41	226.3
群馬	73	29	1.50	941	48.5	8	0.41	214.7
埼玉	149	68	0.93	1145	15.6	32	0.44	83.3
千葉	160	67	1.07	1910	30.4	23	0.37	482.1
東京都	488	270	1.92	5201	37.0	84	0.60	905.9
神奈川	397	143	1.55	1264	13.7	56	0.61	483.1
新潟	91	40	1.82	890	40.4	9	0.41	46.5
富山	77	40	3.86	202	19.5	7	0.68	298.1
石川	46	22	1.94	357	31.5	12	1.06	439.0
福井	30	12	1.56	147	19.2	3	0.39	1322.0
山梨	77	14	1.73	540	66.7	1	0.12	388.5
長野	77	52	2.54	782	38.2	15	0.73	626.9
岐阜	62	31	1.57	675	34.1	15	0.76	287.5
静岡	113	37	1.02	394	10.8	17	0.47	455.4
愛知	195	98	1.30	1610	21.3	69	0.91	388.2
三重	53	32	1.81	487	27.5	7	0.40	60.7
滋賀	39	26	1.84	432	30.6	10	0.71	275.1
京都	95	77	2.99	1261	48.9	17	0.66	749.8
大阪	281	148	1.67	2213	25.0	75	0.85	864.7
兵庫	158	114	2.09	2049	37.5	43	0.79	533.3
奈良	48	27	2.04	303	22.9	4	0.30	522.2
和歌山	25	22	2.38	232	25.1	5	0.54	528.7
鳥取	20	17	3.07	348	62.9	5	0.90	24.2
島根	39	27	4.02	662	98.7	9	1.34	1006.0
岡山	55	32	1.69	428	22.7	16	0.85	319.9
広島	111	53	1.89	943	33.7	30	1.07	396.1
山口	41	27	2.01	281	20.9	5	0.37	67.2
徳島	29	22	3.06	170	23.6	3	0.42	526.1
香川	37	23	2.42	193	20.3	5	0.53	680.1
愛媛	44	26	1.95	336	25.2	10	0.75	317.5
高知	25	20	2.89	95	13.7	3	0.43	231.4
福岡	190	90	1.75	1908	37.2	32	0.62	641.4
佐賀	25	14	1.73	191	23.6	5	0.62	407.2
長崎	61	31	2.36	456	34.8	8	0.61	1128.0
熊本	62	44	2.53	651	37.5	8	0.46	154.7
大分	47	25	2.22	318	28.3	5	0.44	281.7
宮崎	25	23	2.15	557	52.1	2	0.19	154.3
鹿児島	60	48	3.02	1535	96.7	11	0.69	292.8
沖縄	71	20	1.36	270	18.4	5	0.34	154.3

付表 本稿で用いた都道府県別データ（つづき③）

外来緩和ケア加算（人口10万対）：外来*	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	がん性疼痛緩和指導管理料（人口10万対）：入院	がん患者指導管理料1（人口10万対）：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
2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019
10.8	67.2	51.7	154.5	91.2	74.5	112.6	191.0
18.3	60.3	48.6	181.8	179.5	60.6	87.0	179.5
-	62.1	-	292.7	176.5	29.6	30.0	39.2
1.7	67.6	52.3	211.2	126.3	65.1	25.5	322.2
4.7	74.0	58.3	163.1	120.1	40.8	36.1	194.7
-	71.1	59.2	328.0	265.1	103.5	24.8	266.8
26.2	87.1	0.0	265.5	188.0	147.7	25.9	209.0
-	70.0	0.0	86.1	60.2	33.7	70.0	66.1
11.6	63.8	76.2	130.6	63.4	70.2	80.7	110.9
-	73.8	57.5	131.4	48.7	106.9	19.1	133.3
7.0	74.0	0.0	157.7	78.4	122.7	27.5	280.5
4.6	74.1	63.0	145.0	53.4	38.3	50.6	111.8
9.9	75.3	61.9	164.3	68.5	61.0	99.4	206.2
14.6	70.6	54.5	144.8	82.2	61.7	300.3	276.1
14.3	71.7	44.7	187.4	60.4	64.1	179.9	229.0
6.8	-	43.8	267.8	151.7	55.4	37.7	191.7
12.5	67.8	57.8	188.3	116.2	102.2	92.9	112.4
2.3	62.0	52.7	164.2	123.0	73.4	68.5	153.2
47.5	64.0	-	93.9	127.0	131.0	48.6	162.2
2.1	73.3	-	35.2	20.7	16.9	24.3	41.0
3.1	68.7	33.5	208.7	72.9	117.8	159.3	187.1
0.7	73.4	-	131.4	78.7	55.6	46.5	129.3
8.4	-	56.7	177.8	90.0	64.5	92.8	259.5
12.4	70.9	63.4	135.1	74.2	78.4	55.3	202.1
3.7	63.9	40.9	140.2	64.0	40.2	19.8	144.3
3.8	69.7	57.9	119.9	88.3	103.7	196.9	236.8
2.4	66.2	60.8	134.5	87.9	111.2	280.7	256.1
24.3	67.7	53.0	138.0	103.6	120.7	169.2	254.5
14.1	66.1	55.1	171.9	89.2	80.3	86.4	168.9
19.4	72.5	89.8	152.4	82.3	84.4	101.6	116.5
8.5	69.8	59.3	99.6	95.0	24.9	38.7	350.8
-	58.6	49.1	243.6	235.3	158.8	50.5	242.7
-	59.9	-	142.2	96.1	76.3	56.8	178.5
8.1	59.9	73.8	105.9	86.5	94.3	43.6	246.7
16.9	69.9	45.9	182.7	126.1	117.4	75.6	197.6
3.1	59.9	46.0	146.3	97.2	73.4	54.0	106.0
-	63.7	-	78.8	65.0	41.5	27.5	100.1
10.8	70.4	40.6	115.5	95.6	95.9	123.4	145.2
28.0	60.6	43.9	157.5	91.7	120.4	24.2	185.2
-	58.2	43.2	209.0	106.2	56.8	9.7	58.7
11.7	62.9	48.7	112.7	74.2	65.5	71.3	169.2
3.9	43.0	61.5	108.1	80.3	50.4	51.8	110.1
2.0	60.2	47.7	139.7	116.8	136.3	40.4	80.0
6.8	57.7	44.4	138.2	87.5	26.5	18.6	77.0
-	77.6	48.5	160.2	115.0	118.5	241.7	113.5
1.9	70.5	52.6	95.2	80.4	28.8	25.7	85.3
2.1	64.5	56.6	105.9	113.8	76.4	64.4	77.0
-	55.9	48.9	106.1	70.9	59.6	40.1	75.2

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	2019	2019	2019	2018	2018	2018	2018
総数	22.1	33.3	1.8	1.4	6.0	25.8	33.2
北海道	46.6	60.2	1.9	2.0	8.7	41.7	52.5
青森	11.6	28.0	-	2.2	9.1	34.3	45.6
岩手	21.0	26.0	1.0	2.3	8.0	32.5	42.7
宮城	10.3	16.7	6.3	1.8	6.6	32.5	41.0
秋田	52.3	62.5	-	2.3	10.7	28.3	41.4
山形	48.2	12.6	5.0	6.6	8.0	30.8	45.3
福島	30.4	55.2	0.7	1.4	5.9	31.3	38.6
茨城	13.4	28.6	2.0	1.1	6.2	24.7	32.0
栃木	23.3	8.1	0.6	2.1	7.6	21.1	30.9
群馬	27.6	24.8	-	1.4	7.5	28.2	37.1
埼玉	6.0	7.5	2.3	1.0	5.1	20.6	26.7
千葉	24.3	28.6	2.1	1.6	6.3	21.4	29.3
東京都	16.2	45.2	0.9	1.7	7.4	23.9	33.0
神奈川	11.6	33.1	3.2	1.3	5.6	19.4	26.4
新潟	11.6	8.7	-	1.4	7.3	28.8	37.4
富山	36.8	44.1	4.2	0.9	6.8	25.1	32.8
石川	20.8	30.5	-	1.1	5.4	31.3	37.8
福井	45.6	27.1	1.4	0.9	5.3	33.7	39.9
山梨	6.7	20.6	-	1.4	5.6	22.3	29.3
長野	25.8	50.0	6.7	1.3	4.9	31.7	38.0
岐阜	14.8	27.1	2.1	1.0	4.1	24.3	29.4
静岡	14.8	21.6	2.0	1.2	5.0	21.7	27.9
愛知	22.2	36.7	1.4	1.2	5.8	22.3	29.4
三重	14.8	31.1	-	1.3	5.1	21.6	28.0
滋賀	19.1	40.7	1.7	1.1	3.7	23.6	28.4
京都	34.1	78.8	1.4	1.2	5.2	22.0	28.4
大阪	30.0	43.3	1.5	1.0	5.6	26.6	33.2
兵庫	21.1	19.5	0.4	1.0	4.8	24.9	30.7
奈良	16.8	38.0	-	0.9	4.2	22.6	27.7
和歌山	5.9	33.3	1.3	0.8	5.1	28.6	34.4
鳥取	30.6	39.1	24.8	2.5	6.2	36.7	45.4
島根	16.2	10.1	3.4	0.7	5.8	27.9	34.4
岡山	32.8	12.2	4.6	1.2	4.9	30.7	36.9
広島	26.5	29.6	1.6	1.2	4.8	30.0	36.1
山口	40.9	46.2	0.8	1.2	3.8	36.0	41.0
徳島	16.8	15.0	-	1.2	6.1	27.0	34.3
香川	24.9	49.4	-	1.2	4.0	25.0	30.3
愛媛	16.3	24.3	1.1	1.1	4.4	23.5	29.0
高知	11.1	14.0	-	0.8	4.8	33.3	38.9
福岡	29.4	35.6	0.4	1.2	5.3	26.5	33.0
佐賀	19.6	3.8	-	1.1	5.0	25.7	31.7
長崎	45.3	50.5	-	1.5	8.0	32.5	42.0
熊本	11.8	14.8	-	1.2	5.2	26.3	32.7
大分	61.7	52.8	1.1	1.3	5.7	23.9	30.9
宮崎	12.8	19.8	8.7	1.2	5.5	31.0	37.6
鹿児島	22.0	33.8	-	1.4	6.4	27.7	35.5
沖縄	19.9	30.7	-	1.8	6.0	23.3	31.1

2. 2021 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)」を最終日とした一週間 (2021 年度は 10 月 3 日～9 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 16 回目となった本年は、新型コロナウイルス感染症の影響を鑑み、引き続き動画による啓発普及活動を行うこととした。そこで、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を募集したところ、緩和ケア病棟の紹介や日常、患者家族の言葉、演奏会の様子など、30 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」で公開し、2021 年 10 月から

2022 年 1 月までに延べ 11,000 回の動画再生があった (図 2)。また、今年度より、日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する施設の病棟案内や活動紹介などの動画については、後日ウェブサイトの会員名簿からリンクを貼り、利用を検討している方が直ぐに動画へアクセスできるようにしている。

なお、ホスピス緩和ケア週間の関連企画として、独自にパネル展示やウィッシュツリーの展示、病院ライトアップなどの企画を開催した施設もあった。

2022 年度の世界ホスピス緩和ケアデーは、10 月 8 日に予定されており、10 月 2 日～8 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 2021 年度ホスピス緩和ケア週間 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	24
②緩和ケアチームの活動・外来・在宅支援の様子	2
③演奏会・オリジナル曲の作曲	2
④ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の紹介	1
⑤患者・家族の言葉やメッセージの紹介	1
合 計	30



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〕（2022年2月14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
1	北海道	○	○	○	国立病院機構 北海道がんセンター
2	青森県		○		青森県立中央病院
3	岩手県	○	○	○	岩手医科大学附属病院
4	宮城県	○	○	○	宮城県立がんセンター
5		○	○	○	東北大学病院
6	秋田県				秋田大学医学部附属病院
7	山形県	○	○	○	山形県立中央病院
8	福島県	○	○	○	福島県立医科大学附属病院
9	茨城県	○	○	○	茨城県立中央病院
10	栃木県	○	○	○	栃木県立がんセンター
11	群馬県		○		群馬大学医学部附属病院
12	埼玉県	○		○	埼玉県立がんセンター
13	千葉県	○	○	○	千葉県がんセンター
14	東京都	○	○		東京都立駒込病院
15		○	○	○	がん研究会 有明病院
16	神奈川県	○	○	○	神奈川県立がんセンター
17	新潟県	○	○	○	新潟県立がんセンター新潟病院
18	富山県	○	○	○	富山県立中央病院
19	石川県		○		金沢大学附属病院
20	福井県	○	○	○	福井県立病院
21	山梨県	○		○	山梨県立中央病院
22	長野県		○	○	信州大学医学部附属病院
23	岐阜県		○		岐阜大学医学部附属病院
24	静岡県	○	○		静岡県立静岡がんセンター
25	愛知県		○		愛知県がんセンター
26	三重県		○		三重大学医学部附属病院
27	滋賀県	○	○	○	滋賀県立総合病院

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名
28	京都府	○	○	○	京都府立医科大学附属病院
29			○		京都大学医学部附属病院
30	大阪府		○		大阪国際がんセンター
31	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター
32	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院
33	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院
34	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院
35	島根県	○	○		島根大学医学部附属病院
36	岡山県		○		岡山大学病院
37	広島県		○		広島大学病院
38	山口県		○		山口大学医学部附属病院
39	徳島県		○		徳島大学病院
40	香川県		○		香川大学医学部附属病院
41	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター
42	高知県		○	○	高知大学医学部附属病院
43	福岡県		○	○	国立病院機構 九州がんセンター
44			○		九州大学病院
45	佐賀県		○		佐賀大学医学部附属病院
46	長崎県		○		長崎大学病院
47	熊本県		○	○	熊本大学病院
48	大分県		○		大分大学医学部附属病院
49	宮崎県		○		宮崎大学医学部附属病院
50	鹿児島県		○		鹿児島大学病院
51	沖縄県		○		琉球大学病院
計		22	48	25	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
1	宮城県 山形県		○		大崎市民病院
2			○		日本海総合病院
3	茨城県		○		筑波大学附属病院
4	埼玉県		○		埼玉医科大学総合医療センター
5			○		埼玉医科大学国際医療センター
6	千葉県	○	○	○	船橋市立医療センター
7		○	○		総合病院国保旭中央病院
8	東京都	○	○	○	NTT 東日本関東病院
9			○		国立病院機構 東京医療センター
10			○		慶應義塾大学病院

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名
11	神奈川県		○	○	帝京大学医学部附属病院
12			○		武蔵野赤十字病院
13			○	○	横浜市立大学附属病院
14			○		聖マリアンナ医科大学病院
15			○		北里大学病院
16			○		東海大学医学部付属病院
17			○		藤沢市民病院
18	富山県		○		富山大学附属病院
19	長野県		○	○	諏訪赤十字病院
20	岐阜県		○		大垣市民病院
21	静岡県		○	○	静岡県立総合病院
22			○	○	藤枝市立総合病院
23			○		浜松医科大学医学部附属病院
24	愛知県	○	○	○	藤田医科大学病院
25	三重県	○		○	伊勢赤十字病院
26	滋賀県		○		滋賀医科大学医学部附属病院
27	大阪府		○	○	大阪大学医学部附属病院
28			○		大阪医科大学病院
29			○		関西医科大学附属病院
30			○		八尾市立病院
31			○		近畿大学病院
32			○		大阪労災病院
33		○	○	○	市立岸和田市民病院
34		○	○		大阪市立総合医療センター
35	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院
36			○		兵庫医科大学病院
37			○		姫路赤十字病院
38	和歌山県	○	○	○	日本赤十字社和歌山医療センター
39	島根県	○	○	○	松江市立病院
40	広島県	○	○	○	広島市立広島市民病院
41			○		福山市民病院
42	徳島県		○		徳島県立中央病院
43	香川県	○	○	○	香川県立中央病院
44			○		香川労災病院
45	福岡県	○	○	○	国立病院機構 九州医療センター
46			○		久留米大学病院
47			○		北九州市立医療センター
48	佐賀県	○	○	○	佐賀県医療センター好生館
49	大分県		○		大分県立病院
50	鹿児島県		○		鹿児島市立病院
計		13	49	20	50 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
1	北海道		○	○	市立函館病院
2			○	○	市立札幌病院
3		○		○	日鋼記念病院
4					王子総合病院
5		○	○	○	旭川厚生病院
6		○	○	○	北見赤十字病院
7		○	○		帯広厚生病院
8			○		函館五稜郭病院
9		○	○	○	K K R 札幌医療センター
10		○	○	○	恵佑会札幌病院
11			○		札幌医科大学附属病院
12			○	○	手稲溪仁会病院
13			○		北海道大学病院
14			○		旭川医科大学病院
15			○		市立旭川病院
16			○	○	釧路労災病院
17			○		砂川市立病院
18			○		市立釧路総合病院
19		○	○	○	札幌厚生病院
20			○		小樽市立病院
21	青森県		○		弘前大学医学部附属病院
22		○	○	○	八戸市立市民病院
23	岩手県		○		岩手県立中央病院
24		○			岩手県立中部病院
25		○		○	岩手県立磐井病院
26					岩手県立宮古病院
27					岩手県立二戸病院
28					岩手県立胆沢病院
29			○		岩手県立大船渡病院
30					岩手県立久慈病院
31					岩手県立釜石病院
32	宮城県		○	○	国立病院機構 仙台医療センター
33			○	○	東北労災病院
34			○		東北医科薬科大学病院
35	秋田県		○		大館市立総合病院
36					秋田厚生医療センター
37			○		秋田赤十字病院
38	山形県		○		山形大学医学部附属病院
39			○		公立置賜総合病院
40					山形市立病院済生館
41					山形県立新庄病院
42	福島県		○		総合南東北病院
43					太田西ノ内病院
44		○	○	○	竹田総合病院
45					白河厚生総合病院
46		○	○		いわき市医療センター
47	茨城県	○	○		日立総合病院

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名
48		○		○	総合病院土浦協同病院
49		○	○	○	筑波メディカルセンター病院
50			○		東京医科大学茨城医療センター
51		○		○	友愛記念病院
52		○	○		国立病院機構 水戸医療センター
53					ひたちなか総合病院
54	栃木県	○	○	○	自治医科大学附属病院
55		○	○	○	済生会宇都宮病院
56			○		獨協医科大学病院
57		○	○	○	足利赤十字病院
58			○		上都賀総合病院
59	群馬県		○	○	前橋赤十字病院
60			○		国立病院機構 高崎総合医療センター
61		○	○	○	国立病院機構 渋川医療センター
62		○	○	○	公立富岡総合病院
63		○		○	伊勢崎市民病院
64					桐生厚生総合病院
65		○		○	群馬県立がんセンター
66	埼玉県		○		春日部市立医療センター
67			○		獨協医科大学埼玉医療センター
68			○	○	さいたま赤十字病院
69		○	○		さいたま市立病院
70			○		川口市立医療センター
71		○	○	○	国立病院機構 埼玉病院
72		○	○		深谷赤十字病院
73			○		済生会川口総合病院
74			○		自治医科大学附属さいたま医療センター
75		○	○	○	戸田中央総合病院
76		○	○	○	上尾中央総合病院
77	千葉県		○		千葉大学医学部附属病院
78		○	○		国立病院機構 千葉医療センター
79			○		東京歯科大学市川総合病院
80			○		順天堂大学医学部附属浦安病院
81			○		東京慈恵会医科大学附属柏病院
82					松戸市立総合医療センター
83			○		日本医科大学千葉北総病院
84			○	○	亀田総合病院
85		○	○	○	君津中央病院
86			○		千葉労災病院
87	東京都		○		東京大学医学部附属病院
88			○		日本医科大学付属病院
89		○	○	○	聖路加国際病院
90			○		東京都立墨東病院
91		○	○	○	日本赤十字社医療センター
92			○		日本大学医学部附属板橋病院
93			○		青梅市立総合病院
94			○		杏林大学医学部付属病院
95			○	○	順天堂大学医学部附属順天堂医院
96			○	○	昭和大学病院

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名
97		○	○	○	東京医科大学病院
98			○		国立国際医療研究センター病院
99			○		東京都立多摩総合医療センター
100			○		公立昭和病院
101			○		東京慈恵会医科大学附属病院
102			○		国家公務員共済組合連合会 虎の門病院
103			○		東邦大学医療センター大森病院
104			○		東京医科歯科大学医学部附属病院
105			○		国立病院機構 災害医療センター
106			○		東京医科大学八王子医療センター
107	神奈川県	○	○	○	横浜労災病院
108			○		横浜州市市民病院
109			○		川崎市立井田病院
110			○		横須賀共済病院
111			○		湘南鎌倉総合病院
112			○		相模原協同病院
113			○		小田原市立病院
114			○		昭和大学横浜市北部病院
115			○		横浜市立みなと赤十字病院
116			○		大和市立病院
117			○		済生会 横浜市東部病院
118			○		横浜国立大学附属市民総合医療センター
119			○		関東労災病院
120			○		昭和大学藤が丘病院
121	新潟県	○	○		新潟県立新発田病院
122			○		新潟市民病院
123			○		新潟大学医学部総合病院
124			○		長岡中央総合病院
125			○		長岡赤十字病院
126			○		魚沼基幹病院
127			○		新潟県立中央病院
128	富山県		○		黒部市民病院
129					厚生連高岡病院
130					市立砺波総合病院
131	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター
132			○		石川県立中央病院
133			○		金沢医科大学病院
134		○	○	○	小松市民病院
135	福井県	○	○	○	福井大学医学部附属病院
136			○		福井赤十字病院
137			○		福井県済生会病院
138			○		国立病院機構 敦賀医療センター
139	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院
140	長野県		○	○	佐久総合病院 佐久医療センター
141			○		相澤病院
142			○		長野赤十字病院
143			○		長野市民病院
144			○		伊那中央病院

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名
145					飯田市立病院
146	岐阜県		○		岐阜県総合医療センター
147			○		岐阜市民病院
148		○	○	○	中濃厚生病院
149					木沢記念病院
150		○	○	○	岐阜県立多治見病院
151					高山赤十字病院
152	静岡県		○		順天堂大学医学部附属静岡病院
153			○		静岡市立静岡病院
154		○	○	○	聖隷三方原病院
155			○		聖隷浜松病院
156			○		浜松医療センター
157			○	○	磐田市立総合病院
158	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター
159			○		名古屋大学医学部附属病院
160			○		中京病院
161			○		名古屋市立大学病院
162		○	○	○	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
163			○		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
164			○		名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
165		○	○	○	海南病院
166			○		公立陶生病院
167			○	○	愛知医科大学病院
168		○	○	○	一宮市立市民病院
169		○	○	○	小牧市民病院
170		○	○	○	豊田厚生病院
171		○	○	○	安城更生病院
172			○		豊橋市民病院
173		○	○	○	岡崎市民病院
174					半田市立半田病院
175	三重県				松阪中央総合病院
176		○	○	○	鈴鹿中央総合病院
177					市立四日市病院
178	滋賀県		○		大津赤十字病院
179					市立長浜病院
180		○		○	彦根市立病院
181	京都府				市立福知山市民病院
182		○	○	○	京都桂病院
183		○	○	○	京都市立病院
184			○		京都第一赤十字病院
185			○		京都第二赤十字病院
186		○	○	○	国立病院機構 京都医療センター
187			○		京都岡本記念病院
188		○		○	宇治徳洲会病院
189	大阪府		○		市立豊中病院
190		○	○	○	市立東大阪医療センター
191					国立病院機構 大阪南医療センター
192		○	○	○	大阪赤十字病院

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名		
193		○	○	○	大阪市立大学医学部附属病院		
194			○		国立病院機構 大阪医療センター		
195			○		大阪急性期・総合医療センター		
196			○		堺市立総合医療センター		
197			○		和泉市立総合医療センター		
198	兵庫県	○	○	○	神戸市立医療センター中央市民病院		
199			○		関西労災病院		
200			○		近畿中央病院		
201			○		市立伊丹病院		
202			○		加古川中央市民病院		
203			○		○	西脇市立西脇病院	
204						○	国立病院機構 姫路医療センター
205						○	赤穂市民病院
206			○			公立豊岡病院組合立豊岡病院	
207			○			兵庫県立丹波医療センター	
208			○			兵庫県立淡路医療センター	
209			○			神戸市立西神戸医療センター	
210			○			神鋼記念病院	
211			○			兵庫県立尼崎総合医療センター	
212	奈良県	○	○		奈良県総合医療センター		
213			○		天理よろづ相談所病院		
214					近畿大学奈良病院		
215					市立奈良病院		
216	和歌山県				紀南病院		
217					公立那賀病院		
218					橋本市市民病院		
219	鳥取県	○			鳥取県立中央病院		
220					鳥取県立厚生病院		
221	島根県	○	○	○	松江赤十字病院		
222			○		島根県立中央病院		
223			○		国立病院機構 浜田医療センター		
224	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院		
225		○		○	岡山赤十字病院		
226				○	国立病院機構 岡山医療センター		
227				○	○	倉敷中央病院	
228				○	○	川崎医科大学附属病院	
229						津山中央病院	
230	広島県	○	○	○	県立広島病院		
231		○			広島赤十字・原爆病院		
232		○			○	JA 広島総合病院	
233						○	国立病院機構 呉医療センター
234						○	国立病院機構 東広島医療センター
235						○	国立病院機構 福山医療センター
236							市立三次中央病院
237							広島市立安佐市民病院
238							尾道総合病院
239	山口県	○		○		国立病院機構 岩国医療センター	
240						周東総合病院	

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名
289		○			中津市立中津市民病院
290	宮崎県				宮崎県立宮崎病院
291					国立病院機構 都城医療センター
292	鹿児島県		○		国立病院機構 鹿児島医療センター
293					済生会川内病院
294			○		いまきいれ総合病院
295	沖縄県		○		沖縄県立中部病院
296			○		那覇市立病院
計		89	213	94	296 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
1	宮城県		○		石巻赤十字病院
2	栃木県	○		○	那須赤十字病院
3	群馬県				公立藤岡総合病院
4	東京都		○		東海大学医学部付属八王子病院
5	和歌山県	○	○	○	国立病院機構 南和歌山医療センター
計		2	3	2	5 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
1			○		国立がん研究センター中央病院
2		○	○	○	国立がん研究センター東病院
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
1	鹿児島県	○	○	○	相良病院
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	北海道				北海道中央労災病院	国立病院機構 北海道がんセンター
2	青森県		○		十和田市立中央病院	青森県立中央病院
3					むつ総合病院	青森県立中央病院
4	宮城県	○		○	みやぎ県南中核病院	東北大学病院 宮城県立がんセンター
5	秋田県				北秋田市民病院	秋田厚生医療センター
6					能代厚生医療センター	秋田厚生医療センター
7					由利組合総合病院	秋田赤十字病院
8					雄勝中央病院	秋田厚生医療センター
9		○		○	大曲厚生医療センター	秋田厚生医療センター
10					平鹿総合病院	秋田厚生医療センター
11	茨城県				小山記念病院	茨城県立中央病院 国立病院機構 水戸医療センター
12	栃木県				芳賀赤十字病院	自治医科大学附属病院
13	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
14	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
15	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
16	山梨県				山梨厚生病院	山梨県立中央病院
17					富士吉田市立病院	山梨大学医学部附属病院
18	長野県	○	○	○	北信総合病院	長野赤十字病院
19			○		国立病院機構 信州上田医療センター	信州大学医学部附属病院
20					長野県立木曽病院	信州大学医学部附属病院
21			○		北アルプス医療センターあづみ病院	信州大学医学部附属病院
22	静岡県				国際医療福祉大学熱海病院	静岡県立静岡がんセンター
23					富士市立中央病院	静岡県立静岡がんセンター
24	滋賀県	○		○	公立甲賀病院	滋賀医科大学医学部附属病院
25					高島市民病院	大津赤十字病院
26	京都府		○		京都府立医科大学附属北部医療センター	京都府立医科大学附属病院
27			○		京都中部総合医療センター	京都府立医科大学附属病院
28					京都山城総合医療センター	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	岡山県				高梁中央病院	川崎医科大学附属病院 岡山大学病院
31					金田病院	国立病院機構 岡山医療センター 津山中央病院
32	山口県				長門総合病院	山口大学医学部附属病院
33					都志見病院	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	福岡県		○		福岡大学筑紫病院	福岡大学病院
37		○		○	朝倉医師会病院	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	済生会川内病院
39		○		○	国立病院機構 南九州病院	国立病院機構 鹿児島医療センター
40					県民健康プラザ鹿屋医療センター	鹿児島大学病院
41					種子島医療センター	鹿児島大学病院
42					鹿児島県立薩南病院	鹿児島大学病院
43					鹿児島県立大島病院	鹿児島大学病院
44	沖縄県				北部地区医師会病院	琉球大学病院
45			○		沖縄県立八重山病院	沖縄県立中部病院
46			○		沖縄県立宮古病院	沖縄県立中部病院
		9	10	9	46 病院	

参考：厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/content/000616849.pdf> がん診療連携拠点病院等の一覧表（令和3年8月1日現在）

B. 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院等〕

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
北海道	30	○	札幌厚生病院	2020年4月1日
		○	市立札幌病院	2010年4月1日
		○	札幌医科大学附属病院	2011年8月1日
			天使病院	2019年3月1日
			勤医協中央病院	2018年4月1日
		○	K K R 札幌医療センター	2020年6月1日
			札幌北楡病院	2019年12月1日
		○	手稲溪仁会病院	2014年5月1日
			斗南病院	2021年7月1日
		○	函館五稜郭病院	2018年10月1日
			函館中央病院	2020年9月1日
		○	市立函館病院	2018年6月1日
			済生会小樽病院	2020年4月1日
		○	小樽市立病院	2019年3月1日
		○	市立旭川病院	2020年5月1日
		○	旭川厚生病院	2019年11月1日
			慶友会吉田病院	2020年11月1日
			市立室蘭総合病院	2018年4月1日
			釧路赤十字病院	2019年8月1日
		○	釧路労災病院	2019年9月1日
		○	市立釧路総合病院	2018年12月1日
			帯広病院	2021年5月1日
		○	帯広厚生病院	2018年11月1日
		○	北見赤十字病院	2018年10月1日
			岩見沢市立総合病院	2019年6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
		○	国立病院機構 北海道がんセンター	2012年4月1日
			国立病院機構 北海道医療センター	2019年1月1日
		○	旭川医科大学病院	2020年4月1日
青森県	5	○	青森県立中央病院	2020年9月1日
			あおり協立病院	2021年4月1日
		○	八戸市立市民病院	2011年1月1日
			十和田市立中央病院	2021年9月1日
岩手県	4	○	弘前大学医学部附属病院	2018年4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
		○	岩手県立大船渡病院	2019年11月1日
宮城県	7	○	岩手医科大学附属病院	2019年9月21日
		○	石巻赤十字病院	2018年4月1日
		○	宮城県立がんセンター	2019年5月1日
		○	大崎市民病院	2020年5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	2020年4月1日
		○	東北大学病院	2017年5月1日
		○	国立病院機構 仙台医療センター	2019年5月1日
秋田県	3	○	秋田赤十字病院	2020年11月1日
			市立秋田総合病院	2018年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	大館市立総合病院	2018年8月1日
山形県	5	○	山形県立中央病院	2016年2月1日
		○	三友堂病院	2013年7月1日
		○	日本海総合病院	2011年7月1日
		○	公立置賜総合病院	2018年6月1日
		○	山形大学医学部附属病院	2009年6月1日
福島県	6	○	福島県立医科大学附属病院	2014年4月1日
		○	福島赤十字病院	2021年12月1日
		○	竹田総合病院	2021年6月1日
		○	総合南東北病院	2021年1月1日
		○	星総合病院	2020年4月1日
		○	いわき市医療センター	2019年2月1日
茨城県	7	○	日立総合病院	2019年5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
		○	志村大宮病院	2021年7月1日
		○	国立病院機構 水戸医療センター	2018年4月1日
		○	東京医科大学茨城医療センター	2020年5月1日
		○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
栃木県	7	○	栃木県立がんセンター	2020年4月1日
		○	佐野厚生総合病院	2018年4月1日
		○	上都賀総合病院	2020年4月1日
		○	足利赤十字病院	2018年4月1日
		○	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
		○	済生会宇都宮病院	2018年4月1日
群馬県	5	○	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
		○	群馬大学医学部附属病院	2018年4月1日
		○	国立病院機構 高崎総合医療センター	2012年6月1日
		○	国立病院機構 渋川医療センター	2016年3月26日
埼玉県	24	○	埼玉メディカルセンター	2019年4月1日
		○	済生会川口総合病院	2018年5月1日
		○	埼玉協同病院	2021年6月1日
		○	川口市立医療センター	2020年7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
		○	埼玉医科大学 総合医療センター	2017年8月1日
		○	春日部市立医療センター	2018年7月1日
		○	獨協医科大学埼玉医療センター	2018年4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
		○	埼玉医科大学病院	2018年11月1日
		○	埼玉石心会病院	2019年5月1日
		○	小川赤十字病院	2018年6月1日
		○	深谷赤十字病院	2019年5月1日
		○	北里大学メディカルセンター	2018年9月1日
		○	埼玉医科大学国際医療センター	2017年5月1日
		○	さいたま市立病院	2018年4月1日
		○	さいたま市民医療センター	2020年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	さいたま赤十字病院	2017年1月1日
			埼玉県立小児医療センター	2021年4月1日
		○	国立病院機構 埼玉病院	2018年8月1日
			防衛医科大学校病院	2015年8月1日
千葉県	20	○	千葉県がんセンター	2020年11月1日
			済生会習志野病院	2018年11月1日
			東京女子医科大学附属八千代医療センター	2018年9月1日
		○	千葉労災病院	2018年9月1日
		○	君津中央病院	2019年5月1日
		○	総合病院国保旭中央病院	2020年4月1日
		○	順天堂大学医学部附属浦安病院	2017年12月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属柏病院	2010年4月1日
			新松戸中央総合病院	2018年5月1日
			千葉西総合病院	2017年6月1日
		○	東京歯科大学市川総合病院	2013年1月1日
		○	船橋市立医療センター	2018年9月1日
			セコメディック病院	2018年11月1日
		○	亀田総合病院	2011年4月1日
		○	日本医科大学千葉北総病院	2008年4月1日
			東邦大学医療センター佐倉病院	2019年9月1日
			成田赤十字病院	2010年4月1日
		○	国立病院機構 千葉医療センター	2017年2月1日
		○	国立がん研究センター東病院	2014年6月1日
		○	千葉大学医学部附属病院	2013年5月1日
東京都	66		三井記念病院	2019年10月1日
			杏雲堂病院	2020年8月1日
			日本大学病院	2020年8月1日
		○	聖路加国際病院	2018年4月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属病院	2017年7月1日
		○	虎の門病院	2018年4月1日
			済生会中央病院	2017年2月1日
			国際医療福祉大学三田病院	2018年4月1日
			聖母病院	2020年5月1日
		○	東京医科大学病院	2016年7月1日
			東京新宿メディカルセンター	2018年5月1日
		○	慶應義塾大学病院	2018年4月1日
			東京山手メディカルセンター	2019年8月1日
		○	日本医科大学付属病院	2018年4月1日
		○	東京都立駒込病院	2014年10月1日
		○	順天堂大学医学部附属順天堂医院	2018年4月1日
			永寿総合病院	2017年4月1日
			同愛記念病院	2021年8月1日
		○	東京都立墨東病院	2018年4月1日
			江東病院	2015年10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
		○	がん研究会有明病院	2018年4月1日
			昭和大学江東豊洲病院	2021年2月1日
		○	昭和大学病院	2017年4月1日
		○	N T T 東日本関東病院	2016年11月1日
			総合病院厚生中央病院	2018年9月1日
			東邦大学医療センター大橋病院	2018年6月20日
		○	東邦大学医療センター大森病院	2020年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
東京都		○	荏原病院	2017年7月1日
			関東中央病院	2018年7月1日
			日本赤十字社医療センター	2016年7月1日
			J R 東京総合病院	2015年8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
			東京女子医科大学東医療センター	2017年6月1日
			日本大学医学部附属板橋病院	2017年10月1日
			板橋中央総合病院	2018年8月1日
			帝京大学医学部附属病院	2017年11月1日
			東京都健康長寿医療センター	2020年4月1日
			豊島病院	2016年11月1日
			順天堂大学医学部附属練馬病院	2015年11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
			東京臨海病院	2016年4月1日
			多摩北部医療センター	2020年12月1日
			青梅市立総合病院	2017年5月1日
			東京医科大学八王子医療センター	2019年5月1日
			東海大学医学部付属八王子病院	2016年7月1日
			立川病院	2020年9月1日
			武蔵野赤十字病院	2015年8月1日
			杏林大学医学部付属病院	2017年5月1日
			東京都立多摩総合医療センター	2016年7月1日
			公立昭和病院	2017年6月1日
			公立福生病院	2021年11月1日
			東京慈恵会医科大学附属第三病院	2017年5月1日
			東大和病院	2020年1月1日
			日本医科大学多摩永山病院	2018年8月1日
			公立阿伎留医療センター	2020年9月1日
			国立国際医療研究センター病院	2016年11月1日
			国立病院機構 東京医療センター	2015年5月1日
			国立成育医療研究センター	2017年5月1日
			国立がん研究センター中央病院	2021年7月1日
			国立病院機構 災害医療センター	2014年11月1日
			国立病院機構 東京病院	2019年12月1日
			東京医科歯科大学病院	2020年4月1日
			東京大学医学部附属病院	2017年10月1日
			東京通信病院	2018年4月1日
神奈川県	33	○	済生会横浜市東部病院	2018年7月1日
			けいゆう病院	2018年2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
			神奈川県立こども医療センター	2013年8月1日
			横浜南共済病院	2016年4月1日
			横浜市立大学附属病院	2011年4月1日
			横浜労災病院	2010年8月1日
			横須賀共済病院	2017年5月1日
			横須賀市立市民病院	2018年4月1日
			横須賀市立うわまち病院	2018年7月1日
			平塚共済病院	2020年8月1日
			平塚市民病院	2019年6月1日
			藤沢市民病院	2015年8月1日
			小田原市立病院	2010年4月1日
			北里大学病院	2020年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	相模原協同病院	2021 年 1 月 1 日
		○	大和市立病院	2019 年 5 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横浜市西部病院	2018 年 6 月 1 日
		○	神奈川県立がんセンター	2015 年 6 月 1 日
			国際親善総合病院	2020 年 4 月 1 日
		○	昭和大学藤が丘病院	2018 年 4 月 1 日
		○	昭和大学横浜市北部病院	2013 年 2 月 1 日
		○	東海大学医学部付属病院	2008 年 4 月 1 日
			川崎市立川崎病院	2021 年 1 月 1 日
		○	関東労災病院	2018 年 12 月 1 日
		○	川崎市立井田病院	2011 年 2 月 1 日
		○	聖マリアンナ医科大学病院	2012 年 4 月 1 日
			新百合ヶ丘総合病院	2017 年 2 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
			国立病院機構 横浜医療センター	2015 年 2 月 1 日
			国立病院機構 相模原病院	2018 年 4 月 1 日
新潟県	8	○	新潟県立がんセンター新潟病院	2019 年 9 月 1 日
		○	新潟市民病院	2021 年 4 月 1 日
		○	長岡赤十字病院	2011 年 4 月 1 日
		○	長岡中央総合病院	2021 年 1 月 1 日
			柏崎総合医療センター	2020 年 1 月 1 日
		○	新潟県立新発田病院	2018 年 4 月 1 日
			魚沼基幹病院	2021 年 5 月 1 日
		○	新潟大学医学部総合病院	2010 年 4 月 1 日
富山県	9	○	富山県立中央病院	2017 年 7 月 1 日
		○	富山市民病院	2020 年 4 月 1 日
		○	高岡病院	2019 年 12 月 1 日
			高岡市民病院	2018 年 4 月 1 日
		○	済生会高岡病院	2020 年 1 月 1 日
			市立砺波総合病院	2019 年 1 月 1 日
		○	かみいち総合病院	2020 年 7 月 1 日
			富山病院	2018 年 4 月 1 日
			富山大学附属病院	2018 年 4 月 1 日
石川県	7	○	石川県立中央病院	2020 年 6 月 1 日
			公立能登総合病院	2018 年 8 月 1 日
		○	小松市民病院	2018 年 6 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
			国立病院機構 金沢医療センター	2013 年 4 月 1 日
		○	金沢大学附属病院	2012 年 7 月 1 日
福井県	4	○	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
		○	福井県済生会病院	2015 年 11 月 1 日
			福井大学医学部附属病院	2016 年 11 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
			長野市民病院	2016 年 8 月 1 日
		○	丸の内病院	2018 年 9 月 1 日
		○	相澤病院	2018 年 12 月 1 日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	飯田病院	2019年11月1日
		○	諏訪赤十字病院	2019年5月1日
		○	北信総合病院	2018年4月1日
		○	市立大町総合病院	2020年4月1日
		○	佐久総合病院 佐久医療センター	2019年4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
		○	信州大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	国立病院機構 信州上田医療センター	2020年3月1日
岐阜県	9	○	岐阜市民病院	2013年7月1日
		○	岐阜県総合医療センター	2018年4月1日
		○	中濃厚生病院	2017年8月1日
		○	東海中央病院	2018年4月1日
		○	松波総合病院	2019年5月1日
		○	岐阜県立多治見病院	2018年7月1日
		○	中部国際医療センター	2022年1月1日
		○	大垣市民病院	2018年4月1日
		○	岐阜大学医学部附属病院	2018年5月1日
静岡県	14	○	順天堂大学医学部附属静岡病院	2020年7月1日
		○	静岡県立静岡がんセンター	2018年6月1日
		○	静岡済生会総合病院	2020年4月1日
		○	静岡赤十字病院	2018年4月1日
		○	静岡県立総合病院	2019年2月1日
		○	静岡県立こども病院	2019年10月1日
		○	静岡市立静岡病院	2020年4月1日
		○	焼津市立総合病院	2020年6月1日
		○	藤枝市立総合病院	2017年9月1日
		○	磐田市立総合病院	2015年11月1日
		○	浜松医療センター	2012年4月1日
		○	総合病院聖隷浜松病院	2018年12月1日
		○	総合病院聖隷三方原病院	2018年1月1日
		○	浜松医科大学医学部附属病院	2017年11月1日
愛知県	30	○	愛知県がんセンター	2008年4月1日
		○	総合上飯田第一病院	2016年6月1日
		○	名古屋市立大学医学部附属西部医療センター	2021年4月1日
		○	名古屋第一病院	2015年5月1日
		○	名古屋第二病院	2018年4月1日
		○	名古屋市立大学病院	2009年5月1日
		○	協立総合病院	2012年6月1日
		○	中部労災病院	2018年9月1日
		○	中京病院	2010年4月1日
		○	総合病院南生協病院	2020年4月1日
		○	豊橋市民病院	2019年8月1日
		○	岡崎市民病院	2020年4月1日
		○	総合大雄会病院	2010年4月1日
		○	一宮市立市民病院	2018年4月1日
		○	公立陶生病院	2013年5月1日
		○	春日井市民病院	2018年12月1日
		○	豊川市民病院	2021年9月1日
		○	刈谷豊田総合病院	2020年12月1日
		○	豊田厚生病院	2020年3月1日
		○	トヨタ記念病院	2018年6月1日
		○	安城更生病院	2011年5月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	西尾市民病院	2018年4月1日
			江南厚生病院	2017年7月1日
			小牧市民病院	2010年4月1日
			藤田医科大学病院	2010年4月1日
		○	海南病院	2013年7月1日
			愛知医科大学病院	2014年7月1日
			国立病院機構 豊橋医療センター	2020年4月1日
		○	名古屋大学医学部附属病院	2013年10月1日
		○	国立病院機構 名古屋医療センター	2009年8月1日
三重県	3	○	三重県立総合医療センター	2019年8月1日
		○	鈴鹿中央総合病院	2016年5月1日
		○	三重大学医学部附属病院	2017年8月1日
滋賀県	5		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
			滋賀県立総合病院	2016年6月1日
		○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年8月1日
京都府	12		京都民医連中央病院	2020年4月1日
		○	京都岡本記念病院	2019年9月1日
			京都桂病院	2011年6月1日
		○	洛和会音羽病院	2019年7月1日
		○	京都中部総合医療センター	2018年9月1日
			京都府立医科大学附属病院	2011年4月1日
		○	京都市立病院	2012年4月1日
		○	京都第二赤十字病院	2018年4月1日
		○	京都第一赤十字病院	2016年4月1日
		○	国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日
		○	国立病院機構 舞鶴医療センター	2017年4月1日
		○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
大阪府	43		大阪労災病院	2018年4月1日
		○	関西電力病院	2011年8月1日
			和泉市立総合医療センター	2020年1月1日
		○	大阪医科薬科大学病院	2008年10月1日
		○	高槻病院	2008年4月1日
		○	市立吹田市民病院	2019年11月1日
		○	大阪赤十字病院	2014年5月1日
		○	第二大阪警察病院	2019年4月1日
			多根総合病院	2020年7月1日
			日本生命病院	2018年4月30日
		○	大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	大阪市立大学医学部附属病院	2011年6月1日
		○	関西医科大学附属病院	2011年6月1日
		○	市立ひらかた病院	2020年4月1日
		○	医誠会病院	2021年4月1日
			淀川キリスト教病院	2012年8月1日
		○	関西医科大学総合医療センター	2015年5月1日
			松下記念病院	2019年4月1日
		○	守口敬仁会病院	2021年7月1日
		○	住友病院	2018年4月1日
		○	北野病院	2012年6月1日
		○	済生会野江病院	2020年7月1日
			P L 病院	2021年6月1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	2018年5月1日
		○	大阪市立総合医療センター	2014年10月1日
			南大阪病院	2018年6月1日
			耳原総合病院	2021年3月1日
		○	ベルランド総合病院	2018年5月1日
			堺市立総合医療センター	2018年4月1日
			近畿大学病院	2008年4月1日
			大阪国際がんセンター	2017年3月25日
		○	大阪病院	2018年6月1日
		○	星ヶ丘医療センター	2013年6月1日
		○	済生会中津病院	2017年5月1日
			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
			市立岸和田市民病院	2018年7月1日
			市立池田病院	2015年5月1日
			市立豊中病院	2018年4月1日
			八尾市立病院	2020年2月1日
			国立病院機構 大阪医療センター	2008年4月1日
			国立病院機構 近畿中央呼吸器センター	2008年4月1日
			大阪大学医学部附属病院	2018年4月1日
兵庫県	22		甲南医療センター	2020年5月1日
		○	神戸百年記念病院	2019年12月1日
		○	神戸市立医療センター西市民病院	2019年6月1日
			明和病院	2021年7月1日
			兵庫医科大学病院	2008年4月1日
			市立芦屋病院	2020年2月1日
		○	兵庫県立淡路医療センター	2018年5月1日
		○	北播磨総合医療センター	2018年7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
			関西労災病院	2010年9月1日
			兵庫県立尼崎総合医療センター	2016年2月1日
			近畿中央病院	2018年5月1日
		○	市立伊丹病院	2020年4月1日
			姫路赤十字病院	2020年11月1日
		○	神鋼記念病院	2020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中央市民病院	2011年7月1日
			兵庫県立こども病院	2019年6月1日
		○	神戸市立西神戸医療センター	2017年4月1日
		○	神戸大学医学部附属病院	2011年4月1日
奈良県	4		吉田病院	2014年12月1日
			奈良県総合医療センター	2018年5月1日
		○	近畿大学奈良病院	2016年8月1日
		○	奈良県立医科大学附属病院	2010年10月1日
和歌山県	5		紀和病院	2020年4月1日
			ひだか病院	2020年7月1日
		○	和歌山県立医科大学附属病院	2015年7月1日
		○	日本赤十字社 和歌山医療センター	2018年8月1日
		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2018年4月1日
鳥取県	2		鳥取生協病院	2020年4月1日

都道府県	数	拠点病院	施 設 名	算定開始日
		○	鳥取大学医学部附属病院	2020 年 7 月 1 日
島根県	4	○	松江市立病院	2018 年 4 月 1 日
		○	松江赤十字病院	2018 年 6 月 1 日
		○	島根県立中央病院	2019 年 5 月 1 日
		○	島根大学医学部附属病院	2017 年 11 月 1 日
岡山県	7		総合病院岡山協立病院	2018 年 4 月 1 日
			川崎医科大学総合医療センター	2016 年 12 月 1 日
		○	倉敷中央病院	2018 年 2 月 1 日
		○	川崎医科大学附属病院	2015 年 7 月 1 日
		○	岡山赤十字病院	2020 年 9 月 1 日
		○	岡山大学病院	2016 年 1 月 1 日
		○	国立病院機構 岡山医療センター	2018 年 4 月 1 日
広島県	7	○	県立広島病院	2020 年 4 月 1 日
		○	広島市立広島市民病院	2014 年 4 月 1 日
		○	福山市民病院	2019 年 2 月 1 日
		○	広島大学病院	2019 年 11 月 1 日
		○	国立病院機構 呉医療センター	2018 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 福山医療センター	2018 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 東広島医療センター	2020 年 10 月 1 日
山口県	4	○	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
		○	山口大学医学部附属病院	2013 年 9 月 1 日
			国立病院機構 山口宇部医療センター	2018 年 4 月 1 日
香川県	6		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
		○	香川労災病院	2019 年 4 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
		○	香川大学医学部附属病院	2009 年 2 月 1 日
徳島県	4	○	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
		○	徳島大学病院	2013 年 2 月 1 日
愛媛県	5	○	松山赤十字病院	2018 年 4 月 1 日
		○	愛媛県立中央病院	2014 年 9 月 1 日
			H I T O病院	2019 年 1 月 1 日
		○	愛媛大学医学部附属病院	2020 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 四国がんセンター	2010 年 6 月 1 日
高知県	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	29	○	福岡和白病院	2019 年 3 月 1 日
		○	原三信病院	2019 年 10 月 1 日
			福岡聖恵病院	2020 年 6 月 1 日
			及川病院	2020 年 5 月 1 日
			さくら病院	2020 年 5 月 1 日
		○	浜の町病院	2021 年 11 月 1 日
		○	済生会福岡総合病院	2016 年 7 月 1 日
		○	福岡大学病院	2010 年 4 月 1 日
		○	福岡赤十字病院	2021 年 4 月 1 日
		○	九州中央病院	2013 年 4 月 1 日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	福岡徳洲会病院	2020年1月1日
			福岡大学筑紫病院	2016年5月1日
			久留米大学病院	2010年4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
			田主丸中央病院	2018年7月1日
			飯塚病院	2010年8月1日
			済生会飯塚嘉穂病院	2019年5月1日
			田川病院	2021年3月1日
			戸畑共立病院	2010年4月1日
			九州病院	2016年5月1日
			産業医科大学病院	2020年5月1日
			九州労災病院	2020年4月1日
			小倉記念病院	2019年7月1日
			北九州市立医療センター	2019年4月1日
			九州大学病院	2020年4月1日
			国立病院機構 福岡東医療センター	2020年12月1日
佐賀県	2	○	佐賀県医療センター好生館	2015年5月1日
		○	佐賀大学医学部附属病院	2005年11月1日
長崎県	4	○	国立病院機構 長崎医療センター	2018年4月1日
		○	長崎大学病院	2011年4月1日
		○	長崎みなとメディカルセンター	2016年2月1日
		○	佐世保市総合医療センター	2018年4月1日
熊本県	4	○	くまもと森都総合病院	2020年9月1日
		○	国立病院機構 熊本医療センター	2015年5月1日
		○	熊本大学病院	2012年4月1日
		○	済生会熊本病院	2021年7月1日
大分県	4	○	大分市医師会立アルメイダ病院	2020年5月1日
		○	国立病院機構 別府医療センター	2018年5月1日
		○	大分大学医学部附属病院	2008年4月1日
		○	大分県立病院	2018年4月1日
宮崎県	3	○	古賀総合病院	2021年1月1日
		○	宮崎大学医学部附属病院	2014年4月1日
		○	県立宮崎病院	2018年4月1日
鹿児島県	6	○	今村総合病院	2020年6月1日
		○	相良病院	2018年8月1日
		○	鹿児島市立病院	2018年7月1日
		○	いまきいれ総合病院	2021年1月1日
		○	国立病院機構 鹿児島医療センター	2021年4月1日
		○	鹿児島大学病院	2010年4月1日
沖縄県	8	○	那覇市立病院	2016年2月1日
		○	沖縄協同病院	2018年10月1日
		○	ハートライフ病院	2020年4月1日
		○	琉球大学病院	2018年4月1日
		○	沖縄県立中部病院	2019年11月1日
		○	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	2020年6月1日
		○	沖縄県立宮古病院	2021年7月1日
		○	沖縄県立八重山病院	2018年11月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
合計	511	316		

2022 年 2 月 14 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	札幌北楡病院	2018年10月1日	281	9		
2		恵佑会札幌病院	2021年8月1日	229	24	○	○
3		国立病院機構 北海道がんセンター	2021年1月1日	430	26	○	
4		東札幌病院	2018年10月1日	243	58		
5		札幌ひばりが丘病院	2020年4月1日	176	35		
6		札幌清田病院	2018年10月1日	109	20		
7		札幌南徳洲会病院	2021年7月4日	88	40		
8		札幌共立五輪橋病院	2020年4月1日	188	18		
9		勤医協中央病院	2020年4月1日	450	24		
10		函館おしま病院	2020年4月1日	56	20		
11		森病院	2018年10月1日	135	35	○	○
12		洞爺温泉病院	2018年10月1日	160	18		
13		日鋼記念病院	2020年4月1日	479	22	○	
14		苫小牧東病院	2018年10月1日	260	15		
15		札幌厚生病院	2020年4月1日	516	25	○	○
16		K K R 札幌医療センター	2020年4月1日	410	26	○	○
17		北海道消化器科病院	2020年2月1日	186	14		
18		慶友会吉田病院	2020年11月1日	263	11		
19		旭川厚生病院	2020年4月1日	539	23	○	○
20		帯広第一病院	2020年4月1日	230	18		
21		帯広厚生病院	2020年4月1日	651	21	○	○
22		北見赤十字病院	2020年4月1日	532	20	○	○
23	青森県	青森慈恵会病院	2020年4月1日	332	22		
24		健生病院	2020年4月1日	282	14		
25		八戸市立市民病院	2021年4月1日	628	20	○	○
26		ときわ会病院	2020年4月1日	149	24		
27	岩手県	盛岡友愛病院	2021年4月1日	386	18		
28		盛岡赤十字病院	2018年10月1日	398	22		○
29		孝仁病院	2018年10月1日	180	10		
30		岩手県立中部病院	2020年4月1日	434	18	○	○
31		岩手県立磐井病院	2020年4月1日	315	24	○	○
32		美山病院	2018年10月1日	172	20		
33		岩手医科大学附属病院	2021年1月1日	1000	25	○	
34	宮城県	石巻市立病院	2018年9月1日	180	20		
35		宮城県立がんセンター	2020年4月1日	383	25	○	
36		みやぎ県南中核病院	2020年4月1日	310	12		○
37		光ヶ丘スベルマン病院	2018年10月1日	140	20		
38		仙台オープン病院	2018年6月1日	330	21		○
39		東北大学病院	2020年4月1日	1160	22	○	
40	秋田県	外旭川病院	2020年4月1日	241	34		
41		大曲厚生医療センター	2020年4月1日	437	13		
42	山形県	山形県立中央病院	2020年4月1日	609	15	○	○
43		三友堂病院	2020年4月1日	185	12		
44		山形県立河北病院	2020年5月1日	136	20		
45	福島県	医療生協わたり病院	2020年4月1日	196	15		
46		竹田綜合病院	2021年11月1日	837	15	○	○
47		福島県立医科大学会津医療センター附属病院	2020年4月1日	226	18		
48		坪井病院	2020年4月1日	230	18		
49		星総合病院	2020年4月1日	430	16		○

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
50		福島労災病院	2020年4月1日	399	27		○
51		いわき市医療センター	2021年3月1日	700	20	○	
52	茨城県	水戸赤十字病院	2020年4月1日	442	20		○
53		水戸済生会総合病院	2020年4月1日	472	16		○
54		日立総合病院	2020年4月1日	635	20	○	○
55		総合病院土浦協同病院	2020年4月1日	800	20	○	○
56		友愛記念病院	2021年10月1日	325	14	○	○
57		茨城県立中央病院	2020年4月1日	500	23	○	○
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	12		○
59		つくばセントラル病院	2020年4月1日	313	20		○
60		筑波メディカルセンター病院	2020年11月1日	453	20	○	○
61		志村大宮病院	2020年4月1日	178	20		
62		国立病院機構 水戸医療センター	2020年7月1日	500	33	○	○
63	栃木県	栃木県立がんセンター	2020年5月1日	291	24		
64		とちぎメディカルセンターとちのき	2020年4月1日	250	14		
65		足利赤十字病院	2020年4月1日	540	19	○	○
66		那須赤十字病院	2020年4月1日	460	20	○	○
67		自治医科大学附属病院	2020年4月1日	1132	17	○	
68		済生会宇都宮病院	2020年4月1日	648	20	○	○
69	群馬県	済生会前橋病院	2020年4月1日	323	16		○
70		伊勢崎市民病院	2020年4月1日	494	17	○	○
71		公立富岡総合病院	2020年4月1日	332	18	○	
72		東邦病院	2020年4月1日	443	21		
73		群馬県立がんセンター	2020年4月1日	314	25	○	
74		国立病院機構 渋川医療センター	2020年4月1日	450	25	○	○
75	埼玉県	埼玉協同病院	2021年7月1日	399	24		
76		南部厚生病院	2019年10月1日	128	30		
77		八潮中央総合病院	2020年4月1日	250	14		
78		みさと健和病院	2020年5月1日	282	20		
79		埼玉県立がんセンター	2021年5月1日	503	36	○	
80		上尾中央総合病院	2020年4月1日	733	21	○	○
81		上尾中央第二病院	2020年4月1日	186	15		
82		草加市立病院	2020年7月1日	380	21		
83		戸田中央総合病院	2020年4月1日	517	18	○	○
84		TMGあさか医療センター	2020年4月1日	466	20		
85		丸木記念福祉メディカルセンター	2020年4月1日	616	20		
86		埼玉石心会病院	2020年4月1日	450	20		○
87		三浦病院	2021年6月1日	59	35		
88		シャローム病院	2019年10月1日	55	30		
89		羽生総合病院	2021年3月1日	311	14		
90		深谷赤十字病院	2020年9月1日	474	15	○	○
91		吉川中央総合病院	2020年4月1日	272	14		
92		さいたま市立病院	2020年2月1日	637	20	○	○
93		彩の国東大宮メディカルセンター	2020年4月1日	337	22		
94		国立病院機構 埼玉病院	2020年4月1日	550	20	○	○
95	千葉県	千葉県がんセンター	2020年11月1日	450	25	○	
96		山王病院	2018年10月1日	255	23		
97		君津中央病院	2020年4月1日	660	20	○	○
98		総合病院国保旭中央病院	2020年4月1日	989	20	○	○
99		タムス浦安病院	2020年6月1日	199	21		
100		辻仲病院柏の葉	2020年4月1日	150	24		
101		柏たなか病院	2018年10月1日	512	20		
102		東葛病院	2020年4月1日	366	20		
103		東松戸病院	2020年4月1日	181	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
104		平和台病院	2020 年 4 月 1 日	184	18		
105		我孫子聖仁会病院	2020 年 4 月 1 日	168	20		
106		鎌ヶ谷総合病院	2020 年 4 月 1 日	329	13		
107		船橋市立医療センター	2020 年 4 月 1 日	449	20	○	○
108		千葉徳洲会病院	2020 年 4 月 1 日	447	24		
109		聖隷佐倉市民病院	2020 年 4 月 1 日	399	18		
110		白井聖仁会病院	2018 年 10 月 1 日	193	20		
111		さんむ医療センター	2020 年 4 月 1 日	312	20		
112		国立病院機構 千葉医療センター	2020 年 4 月 1 日	455	25	○	○
113		国立がん研究センター東病院	2020 年 4 月 1 日	425	25	○	
114	東京都	杏雲堂病院	2020 年 8 月 1 日	198	20		
115		聖路加国際病院	2020 年 4 月 1 日	520	23	○	○
116		東京新宿メディカルセンター	2020 年 4 月 1 日	520	20		
117		東京都立駒込病院	2020 年 4 月 1 日	815	22	○	
118		永寿総合病院	2020 年 4 月 1 日	400	16		
119		賛育会病院	2020 年 4 月 1 日	199	22		
120		がん研究会有明病院	2020 年 4 月 1 日	686	25	○	
121		N T T 東日本関東病院	2020 年 4 月 1 日	594	16	○	
122		東京共済病院	2020 年 4 月 1 日	350	19		○
123		東京ちどり病院	2018 年 10 月 1 日	98	14		
124		日本赤十字社医療センター	2020 年 6 月 1 日	701	18	○	○
125		救世軍ブース記念病院	2018 年 4 月 1 日	199	20		
126		東京衛生アドベントスト病院	2020 年 7 月 1 日	186	20		
127		立正佼成会附属佼成病院	2020 年 4 月 1 日	340	20		
128		越川病院	2020 年 4 月 1 日	46	34		
129		王子生協病院	2020 年 4 月 1 日	159	25		
130		東京都健康長寿医療センター	2020 年 4 月 1 日	550	20		
131		豊島病院	2020 年 4 月 1 日	438	20		○
132		東京さくら病院	2020 年 5 月 1 日	258	38		
133		日の出ヶ丘病院	2021 年 6 月 1 日	170	20		
134		みなみ野病院	2019 年 6 月 1 日	205	25		
135		町田市市民病院	2020 年 4 月 1 日	447	18		
136		野村病院	2020 年 4 月 1 日	133	12		
137		桜町病院	2018 年 10 月 1 日	199	20		
138		信愛病院	2020 年 4 月 1 日	199	20		
139		複十字病院	2020 年 11 月 1 日	334	26		
140		救世軍清瀬病院	2018 年 10 月 1 日	142	25		
141		聖ヶ丘病院	2020 年 11 月 1 日	48	11		
142		多摩南部地域病院	2020 年 4 月 1 日	287	16		○
143		公立阿伎留医療センター	2020 年 9 月 1 日	305	16		
144		国立病院機構 東京病院	2020 年 4 月 1 日	522	20		○
145		東京医科歯科大学病院	2020 年 4 月 1 日	813	15	○	
146		東京通信病院	2020 年 4 月 1 日	461	18		
147	神奈川県	平和病院	2020 年 4 月 1 日	146	16		
148		済生会神奈川県病院	2020 年 4 月 1 日	199	20		
149		聖隷横浜病院	2020 年 9 月 1 日	367	20		
150		横浜南共済病院	2020 年 4 月 1 日	565	20		○
151		日野原記念ピースハウス病院	2020 年 4 月 1 日	22	22		
152		衣笠病院	2020 年 4 月 1 日	198	20		
153		藤沢湘南台病院	2018 年 10 月 1 日	330	19		
154		湘南中央病院	2020 年 4 月 1 日	199	16		
155		湘南東部総合病院	2020 年 4 月 1 日	327	32		
156		相模原協同病院	2021 年 1 月 1 日	400	12	○	○
157		鶴巻温泉病院	2021 年 4 月 1 日	505	25		
158		東名厚木病院	2020 年 4 月 1 日	282	14		○

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		神奈川県立がんセンター	2020年4月1日	415	20	○	
160		横浜聖生病院	2018年10月1日	81	12		
161		国際親善総合病院	2020年4月1日	287	25		
162		昭和大学横浜市北部病院	2020年4月1日	689	25	○	○
163		伊勢原協同病院	2020年4月1日	350	14		○
164		宮川病院	2020年4月1日	175	11		
165		A O I 国際病院	2021年11月1日	328	28		○
166		川崎市立井田病院	2020年4月1日	383	23	○	
167		新百合ヶ丘総合病院	2021年6月1日	563	21		○
168		横浜市立みなと赤十字病院	2020年4月1日	634	25	○	○
169		横浜市立市民病院	2020年6月1日	650	20	○	○
170	新潟県	新潟県立がんセンター新潟病院	2020年4月1日	404	21	○	
171		白根大通病院	2018年10月1日	299	28		
172		新潟医療センター	2018年9月1日	399	20		
173		長岡西病院	2018年10月1日	240	32		
174		長岡赤十字病院	2021年5月1日	592	14	○	○
175		新潟県立加茂病院	2019年11月1日	168	30		
176		南部郷厚生病院	2018年10月1日	120	20		
177	富山県	富山県立中央病院	2020年4月1日	733	25	○	○
178		富山市立富山市民病院	2020年4月1日	545	20		
179		富山赤十字病院	2020年4月1日	401	12		○
180		高岡病院	2020年4月1日	533	16	○	○
181		高岡市民病院	2020年4月1日	401	20		○
182	石川県	城北病院	2019年6月1日	300	20		
183		済生会金沢病院	2020年5月1日	260	28		
184		小松市民病院	2020年4月1日	340	10	○	○
185	福井県	福井県立病院	2020年4月1日	809	20	○	○
186		福井赤十字病院	2020年4月1日	534	20	○	○
187		福井県済生会病院	2020年4月1日	460	20	○	○
188	山梨県	山梨県立中央病院	2020年4月1日	644	15	○	○
189	長野県	長野中央病院	2020年4月1日	322	12		
190		愛和病院	2020年4月1日	64	48		
191		丸の内病院	2021年4月1日	199	10		
192		岡谷市民病院	2018年10月1日	295	17		
193		組合立諏訪中央病院	2020年4月1日	360	12		
194		新生病院	2020年4月1日	155	20		
195		国立病院機構 信州上田医療センター	2020年10月1日	420	24		○
196	岐阜県	岐阜清流病院	2020年4月1日	372	28		
197		中濃厚生病院	2020年4月1日	495	20	○	
198		東海中央病院	2020年4月1日	332	15		
199		岐阜北厚生病院	2020年4月1日	284	28		
200		岐阜県立多治見病院	2020年4月1日	570	19	○	
201		久美愛厚生病院	2022年1月1日	300	23		
202	静岡県	神山復生病院	2021年8月1日	20	20		
203		静岡県立静岡がんセンター	2021年11月1日	615	25	○	
204		川村病院	2020年7月1日	76	20		
205		総合病院聖隷三方原病院	2020年4月1日	940	27	○	
206	愛知県	名古屋第一病院	2020年4月1日	852	20	○	○
207		聖霊病院	2018年10月1日	198	15		
208		協立総合病院	2020年4月1日	434	16		
209		名古屋掖済会病院	2020年4月1日	602	19		○
210		総合病院南生協病院	2020年4月1日	313	20		
211		岡崎市民病院	2021年5月1日	680	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		一宮市立市民病院	2020 年 4 月 1 日	594	14	○	○
213		名古屋徳洲会総合病院	2020 年 4 月 1 日	350	18		
214		津島市民病院	2020 年 4 月 1 日	352	18		
215		刈谷豊田総合病院	2020 年 11 月 1 日	704	20		○
216		豊田厚生病院	2020 年 4 月 1 日	606	17	○	○
217		安城更生病院	2020 年 4 月 1 日	749	17	○	○
218		江南厚生病院	2020 年 4 月 1 日	684	20		○
219		小牧市民病院	2020 年 4 月 1 日	558	14	○	○
220		公立西知多総合病院	2019 年 8 月 1 日	468	20		○
221		藤田医科大学病院	2020 年 4 月 1 日	1376	37	○	
222		愛知国際病院	2020 年 4 月 1 日	72	20		
223		済衆館病院	2020 年 4 月 1 日	337	20		
224		海南病院	2020 年 4 月 1 日	540	18	○	○
225		国立病院機構 豊橋医療センター	2020 年 4 月 1 日	388	48		
226	三重県	もりえい病院	2020 年 4 月 1 日	54	20		
227		みたき総合病院	2020 年 4 月 1 日	199	30		
228		鈴鹿中央総合病院	2020 年 4 月 1 日	460	20	○	
229		鈴鹿医療科学大学附属桜の森病院	2021 年 11 月 1 日	25	25		
230		藤田医科大学七栗記念病院	2020 年 4 月 1 日	218	20		
231		松阪厚生病院	2018 年 10 月 1 日	780	20		
232		松阪市民病院	2020 年 4 月 1 日	328	20		○
233		済生会松阪総合病院	2020 年 4 月 1 日	430	24		○
234		市立伊勢総合病院	2019 年 2 月 1 日	300	20		○
235		伊勢赤十字病院	2020 年 4 月 1 日	647	20	○	○
236	滋賀県	市立大津市民病院	2020 年 4 月 1 日	401	20		○
237		彦根市立病院	2020 年 4 月 1 日	438	20	○	○
238		ヴォーリス記念病院	2020 年 4 月 1 日	168	16		
239		滋賀県立総合病院	2020 年 4 月 1 日	535	20	○	○
240		公立甲賀病院	2020 年 4 月 1 日	413	12		○
241	京都府	薬師山病院	2018 年 10 月 1 日	70	50		
242		総合病院日本バプテスト病院	2020 年 8 月 1 日	167	20		
243		京都民医連あすかい病院	2020 年 4 月 1 日	172	21		
244		京都民医連中央病院	2020 年 4 月 1 日	411	14		
245		稲荷山武田病院	2020 年 4 月 1 日	55	18		
246		宇治徳洲会病院	2020 年 5 月 1 日	473	14	○	○
247		あそかビハーラ病院	2020 年 4 月 1 日	28	28		
248		男山病院	2020 年 5 月 1 日	199	25		
249		京都桂病院	2021 年 7 月 1 日	557	20	○	○
250		三菱京都病院	2020 年 5 月 1 日	188	14		
251		洛和会音羽病院	2020 年 4 月 1 日	548	14		○
252		京都府立医科大学附属病院	2020 年 4 月 1 日	1065	16	○	
253		京都市立病院	2021 年 3 月 1 日	548	14	○	○
254		国立病院機構 京都医療センター	2021 年 5 月 1 日	600	20	○	○
255		国立病院機構 舞鶴医療センター	2020 年 4 月 1 日	399	15		○
256	大阪府	浅香山病院	2020 年 4 月 1 日	1003	10		
257		阪和第二泉北病院	2018 年 10 月 1 日	969	21		
258		小松病院	2020 年 4 月 1 日	190	18		
259		和泉市立総合医療センター	2020 年 5 月 1 日	307	24	○	
260		東住吉森本病院	2020 年 4 月 1 日	329	14		○
261		高槻赤十字病院	2020 年 4 月 1 日	335	20		○
262		ガラシア病院	2020 年 4 月 1 日	104	46		
263		吹田徳洲会病院	2020 年 4 月 1 日	365	22		
264		大阪赤十字病院	2020 年 4 月 1 日	964	20	○	○
265		湯川胃腸病院	2020 年 4 月 1 日	34	34		

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		多根総合病院	2020 年 7 月 1 日	304	20		
267		大阪鉄道病院	2020 年 4 月 1 日	303	19		
268		市立ひらかた病院	2020 年 4 月 1 日	335	20		○
269		大阪暁明館病院	2020 年 3 月 1 日	462	21		
270		淀川キリスト教病院	2020 年 4 月 1 日	581	27		○
271		松下記念病院	2020 年 4 月 1 日	323	16		○
272		千里中央病院	2018 年 10 月 1 日	400	25		
273		彩都友誼会病院	2020 年 4 月 1 日	204	40		
274		ほうせんか病院	2018 年 10 月 1 日	220	48		
275		東大阪病院	2020 年 2 月 1 日	265	30		
276		市立柏原病院	2020 年 4 月 1 日	220	17		
277		市立東大阪医療センター	2020 年 4 月 1 日	520	25	○	○
278		ツデ病院	2019 年 12 月 1 日	99	15		
279		大阪市立総合医療センター	2020 年 4 月 1 日	1063	24	○	○
280		耳原総合病院	2020 年 4 月 1 日	386	24		○
281		ベルランド総合病院	2020 年 4 月 1 日	477	15		○
282		榎本病院	2020 年 9 月 1 日	199	16		
283		星ヶ丘医療センター	2020 年 4 月 1 日	580	16		○
284		市立貝塚病院	2020 年 4 月 1 日	249	19		
285		市立岸和田市民病院	2020 年 4 月 1 日	400	20	○	○
286		国立病院機構 近畿中央呼吸器センター	2020 年 4 月 1 日	365	21		
287	兵庫県	甲南医療センター	2020 年 5 月 1 日	380	22		○
288		東神戸病院	2020 年 4 月 1 日	154	21		
289		六甲病院	2021 年 7 月 1 日	178	23		
290		神戸大山病院	2021 年 4 月 1 日	120	19		
291		神戸協同病院	2020 年 7 月 1 日	167	19		
292		協和マリナホスピタル	2020 年 9 月 1 日	122	30		
293		市立芦屋病院	2020 年 4 月 1 日	199	24		
294		宝塚市立病院	2020 年 4 月 1 日	436	15		○
295		兵庫県立丹波医療センター	2020 年 4 月 1 日	320	22	○	○
296		北播磨総合医療センター	2020 年 4 月 1 日	450	20		○
297		大久保病院	2020 年 4 月 1 日	199	18		○
298		ふくやま病院	2021 年 7 月 1 日	104	30		
299		高砂市民病院	2020 年 4 月 1 日	199	18		○
300		立花病院	2018 年 11 月 1 日	272	10		
301		尼崎医療生協病院	2020 年 4 月 1 日	199	20		
302		市立川西病院	2020 年 4 月 1 日	250	21		○
303		第二協立病院	2018 年 11 月 1 日	425	22		
304		姫路聖マリア病院	2020 年 4 月 1 日	440	22		○
305		豊岡病院	2020 年 4 月 1 日	518	20	○	○
306		公立八鹿病院	2019 年 2 月 1 日	380	20		○
307		神戸アドベンチスト病院	2020 年 4 月 1 日	116	21		
308		神戸中央病院	2021 年 4 月 1 日	389	18		○
309		兵庫県立加古川医療センター	2020 年 4 月 1 日	353	25		○
310		国立病院機構 姫路医療センター	2019 年 5 月 1 日	411	21	○	○
311	奈良県	吉田病院	2020 年 4 月 1 日	312	7		○
312		西奈良中央病院	2021 年 11 月 1 日	166	24		
313		国保中央病院	2020 年 4 月 1 日	220	20		
314		天理よろづ相談所病院	2020 年 4 月 1 日	715	10	○	
315	和歌山県	紀和病院	2020 年 4 月 1 日	299	14		
316		和歌山医療センター	2020 年 4 月 1 日	873	14	○	○
317		国立病院機構 南和歌山医療センター	2020 年 4 月 1 日	316	14	○	○
318	鳥取県	鳥取県立中央病院	2019 年 11 月 1 日	518	20	○	○
319		鳥取生協病院	2020 年 4 月 1 日	260	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
320		藤井政雄記念病院	2021 年 10 月 1 日	120	20		
321		国立病院機構 米子医療センター	2020 年 4 月 1 日	270	20		
322		松江市立病院	2020 年 4 月 1 日	470	22	○	○
323		島根大学医学部附属病院	2020 年 4 月 1 日	600	21	○	
324		国立病院機構 浜田医療センター	2020 年 4 月 1 日	365	15	○	○
325	岡山県	総合病院岡山協立病院	2020 年 4 月 1 日	318	17		
326		岡村一心堂病院	2020 年 4 月 1 日	152	21		
327		岡山中央病院	2020 年 11 月 1 日	243	14		○
328		川崎医科大学総合医療センター	2020 年 4 月 1 日	647	18		
329		倉敷中央病院	2020 年 4 月 1 日	1172	14	○	○
330		川崎医科大学附属病院	2020 年 4 月 1 日	1182	11	○	
331		岡山赤十字病院	2020 年 9 月 1 日	500	20	○	○
332		岡山済生会総合病院	2020 年 4 月 1 日	473	25	○	○
333	広島県	県立広島病院	2020 年 4 月 1 日	712	20	○	
334		広島赤十字・原爆病院	2019 年 12 月 1 日	565	19	○	○
335		安芸市民病院	2020 年 4 月 1 日	140	20		
336		J R広島病院	2020 年 4 月 1 日	275	20		
337		シムラ病院	2020 年 4 月 1 日	116	17		
338		広島パークヒル病院	2018 年 10 月 1 日	114	18		
339		広島共立病院	2020 年 4 月 1 日	186	19		
340		メリィホスビタル	2020 年 12 月 1 日	199	47		
341		公立みつぎ総合病院	2020 年 4 月 1 日	240	6		
342		福山市民病院	2020 年 4 月 1 日	506	16	○	○
343		前原病院	2020 年 4 月 1 日	59	14		
344		廿日市記念病院	2018 年 10 月 1 日	126	24		
345		国立病院機構 呉医療センター	2020 年 4 月 1 日	630	19	○	○
346	山口県	安岡病院	2020 年 8 月 1 日	234	36		
347		下関市立市民病院	2019 年 10 月 1 日	382	20		○
348		総合病院山口赤十字病院	2019 年 11 月 1 日	427	25		○
349		徳山中央病院	2020 年 1 月 1 日	519	25	○	○
350		光市立光総合病院	2021 年 6 月 1 日	210	20		
351		国立病院機構 山口宇部医療センター	2020 年 4 月 1 日	365	25		
352		国立病院機構 岩国医療センター	2020 年 4 月 1 日	530	24	○	○
353	香川県	高松平和病院	2020 年 4 月 1 日	123	21		
354		坂出聖マルチン病院	2020 年 7 月 1 日	196	20		
355		香川県立中央病院	2020 年 4 月 1 日	533	15	○	○
356	徳島県	徳島市民病院	2020 年 4 月 1 日	335	24	○	○
357		近藤内科病院	2020 年 4 月 1 日	55	20		
358		徳島県立三好病院	2020 年 4 月 1 日	220	20		○
359	愛媛県	松山ベテル病院	2020 年 4 月 1 日	155	38		
360		済生会今治病院	2020 年 4 月 1 日	191	20	○	
361		住友別子病院	2021 年 10 月 1 日	360	19	○	
362		西条愛寿会病院	2018 年 10 月 1 日	180	15		
363		H I T O 病院	2020 年 4 月 1 日	257	17		
364		国立病院機構 四国がんセンター	2020 年 4 月 1 日	368	25	○	
365	高知県	国吉病院	2020 年 4 月 1 日	106	12		
366		高知厚生病院	2020 年 4 月 1 日	42	16		
367		囀南病院	2020 年 4 月 1 日	180	12		
368		細木病院	2018 年 10 月 1 日	456	12		
369		もみのき病院	2020 年 5 月 1 日	60	12		
370		いずみの病院	2020 年 4 月 1 日	238	12		
371		須崎くろしお病院	2020 年 4 月 1 日	158	10		
372	福岡県	たたらリハビリテーション病院	2020 年 4 月 1 日	199	21		

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		友田病院	2020年4月1日	72	16		
374		原土井病院	2018年10月1日	476	30		
375		木村病院	2020年12月1日	121	19		
376		栄光病院	2020年4月1日	178	71		
377		宗像医師会病院	2020年4月1日	164	12		○
378		福岡聖恵病院	2020年6月1日	288	25		
379		村上華林堂病院	2020年4月1日	160	20		
380		秋本病院	2020年4月1日	50	16		
381		及川病院	2020年4月1日	36	15		
382		さくら病院	2020年4月1日	152	24		
383		牟田病院	2019年4月1日	163	20		
384		西福岡病院	2018年10月1日	248	15		
385		広瀬病院	2018年10月1日	62	13		
386		那珂川病院	2020年4月1日	162	24		
387		九州中央病院	2020年4月1日	330	14	○	○
388		恵光会 原病院	2020年4月1日	220	16		○
389		糸島医師会病院	2020年4月1日	150	14		○
390		井上病院	2020年4月1日	73	16		
391		みどりの杜病院	2018年10月1日	30	30		
392		聖マリア病院	2020年4月1日	1097	16	○	○
393		古賀病院 21	2018年10月1日	201	14		
394		朝倉医師会病院	2020年4月1日	224	20		○
395		嶋田病院	2020年4月1日	157	14		○
396		田主丸中央病院	2020年4月1日	343	13		○
397		長田病院	2018年10月1日	182	20		
398		今野病院	2018年10月1日	60	20		
399		飯塚病院	2020年4月1日	1048	18	○	○
400		済生会飯塚嘉穂病院	2020年4月1日	197	20		
401		芦屋中央病院	2020年6月1日	137	15		
402		戸畑リハビリテーション病院	2020年4月1日	173	17		
403		製鉄記念八幡病院	2020年4月1日	453	16		○
404		済生会八幡総合病院	2020年4月1日	399	22		
405		九州病院	2020年4月1日	575	12	○	○
406		聖ヨハネ病院	2021年2月1日	39	20		
407		北九州市立医療センター	2020年4月1日	636	20	○	○
408	佐賀県	なゆたの森病院	2018年10月1日	165	20		
409		河畔病院	2018年10月1日	183	18		
410		西田病院	2020年4月1日	118	20		
411		佐賀県医療センター好生館	2020年4月1日	450	15	○	○
412		国立病院機構 嬉野医療センター	2019年7月1日	399	21	○	○
413	長崎県	聖フランシスコ病院	2020年9月1日	190	34		
414		出島病院	2021年1月1日	43	36		
415		千住病院	2018年10月1日	186	19		
416		南野病院	2020年4月1日	95	18		
417		長崎原爆病院	2020年7月1日	315	18	○	○
418	熊本県	熊本第一病院	2020年7月1日	125	13		
419		桜十字病院	2020年4月1日	638	25		
420		イエズスの聖心病院	2020年4月1日	75	37		
421		桜十字熊本東病院	2021年2月1日	49	13		
422		熊本市医師会熊本地域医療センター	2020年4月1日	227	14		
423		御幸病院	2018年10月1日	186	20		
424		朝日野総合病院	2019年10月1日	378	25		
425		鶴田病院	2020年4月1日	105	20		
426		阿蘇温泉病院	2018年10月1日	260	14		
427		合志第一病院	2020年4月1日	132	26		

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
428		くまもと森都総合病院	2020 年 11 月 1 日	199	15	○	○
429		大腸肛門病センター 高野病院	2020 年 4 月 1 日	166	20		
430		国立病院機構 熊本南病院	2020 年 4 月 1 日	172	16		
431		山鹿市民医療センター	2020 年 4 月 1 日	201	13		
432		人吉医療センター	2020 年 4 月 1 日	252	30		
433		球磨郡公立多良木病院	2018 年 6 月 1 日	183	10		
434	大分県	大分ゆふみ病院	2018 年 10 月 1 日	24	24	○	○
435		大分市医師会立アルメイダ病院	2020 年 5 月 1 日	406	21		
436		大分県厚生連鶴見病院	2020 年 4 月 1 日	230	14		
437		中津胃腸病院	2018 年 10 月 1 日	112	14		
438		中津市立中津市民病院	2019 年 5 月 1 日	250	12		
439		済生会日田病院	2020 年 4 月 1 日	199	14		
440	宮崎県	宮崎医療センター病院	2021 年 1 月 1 日	292	16	○	○
441		潤和会記念病院	2020 年 4 月 1 日	446	24		
442		宮崎市郡医師会病院	2020 年 8 月 1 日	267	12		
443		三州病院	2020 年 4 月 1 日	67	27		
444		平田東九州病院	2018 年 10 月 1 日	125	21		
445	鹿児島県	南風病院	2020 年 4 月 1 日	338	14	○	○
446		鹿児島市医師会病院	2020 年 4 月 1 日	199	31		
447		いづろ今村病院	2020 年 4 月 1 日	115	20		
448		相良病院	2020 年 4 月 1 日	80	24		
449		サザン・リージョン病院	2020 年 4 月 1 日	131	11		
450		出水郡医師会広域医療センター	2020 年 4 月 1 日	222	10		
451		霧島市立医師会医療センター	2020 年 4 月 1 日	254	35		
452		国立病院機構 南九州病院	2020 年 4 月 1 日	425	25		
453	沖縄県	オリブ山病院	2020 年 2 月 1 日	343	21	○	○
454		与勝病院	2020 年 4 月 1 日	140	20		
455		豊見城中央病院	2021 年 6 月 1 日	188	21		
456		アドベンチストメディカルセンター	2020 年 12 月 1 日	48	40		
457		国立病院機構 沖縄病院	2020 年 4 月 1 日	300	25		
458		沖縄赤十字病院	2020 年 4 月 1 日	302	26		
	合 計	緩和ケア病床数 9,398 床					

2022 年 2 月 14 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 2022
緩和ケアの新たな試みと視点

発行 2022年3月25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 木澤義之・高宮有介
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。

ISBN978-4-910548-03-6 C3047

 <社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構
(電話 03-5244-5088, FAX03-5244-5089, e-mail:info@jcopy.or.jp)
の許諾を得てください。