

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と
医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究」
(H29-がん対策-一般-021)

平成30年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 加藤 雅志

令和元年(2019)年 5月

目 次

I. 総括研究報告

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究」

加藤 雅志 ----- 1

II. 分担研究報告

1. 医師の緩和ケアの変化に関する研究

木澤 義之、中澤 葉宇子 ----- 4

2. 看護師の緩和ケアの変化に関する研究

宮下 光令、中澤 葉宇子 ----- 7

3. 施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究

加藤 雅志、中澤 葉宇子 ----- 10

4. がん対策緩和ケア指標の推移の検証と目標値の設定に関する研究

森田 達也、小川 朝生、中澤 葉宇子 ----- 13

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 15

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
総括研究報告書

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究」

研究代表者

加藤 雅志 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 部長

研究要旨 本研究の目的は、1) 全国の医療者(①医師・②看護師)を対象とする医療者調査と全国の施設を対象とする③施設調査を実施し、がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院と示す。)とそれ以外の病院の比較を行い、施設の状況に応じた緩和ケアの課題と都道府県別の緩和ケアの状況を明らかにする、2) がん対策緩和ケアの評価指標の推移を計測するとともに、目指すべき目標値の設定について検討を行うことである。医療者調査・施設調査は、2017年度:拠点病院、2018年度:拠点病院以外の病院を対象に調査を実施した。1) 医療者調査の結果、施設別では2008年と比較して、拠点病院以外の医師・看護師間で緩和ケアに関する知識等が大きく増加しており、拠点病院だけでなく、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが示唆された。また、本調査によって、初めて都道府県別の医師・看護師の緩和ケアの状況を示すことができた。今後は、全国平均値との比較など、更なる解析・検討を進めて行くことが必要である。施設調査の結果は、拠点病院と比較して拠点病院以外の緩和ケア提供体制の整備が遅れていることが示された。都道府県別の結果については、サンプル数が十分に確保できない都道府県もあるため、結果の解釈には更なる検討が必要である。2) がん対策の評価指標については、政府統計や各協力機関等からデータを収集し、推移を検証した。研究者間で目標値の設定については、引き続き議論を行い、目標値の設定が可能な項目については検討を進めて行くことが必要である。

A. 研究目的

わが国では、緩和ケアを推進するために様々な施策が実施されてきた。先行研究において、全国の医療者の緩和ケア変化を明らかにしたが、都道府県別や施設の状況別の分析が課題となっている。本研究の目的は、1) 全国医療者調査と施設調査を実施し、拠点病院と非拠点病院の比較を行い、施設の状況に応じた緩和ケアの課題を明らかにする。また、都道府県別の緩和ケアの状況を明らかにする、2) 緩和ケア評価指標の推移を計測するとともに、目指すべき目標値の設定について検討を行うことである。

わが国では、これまでがん対策として「緩和ケアの推進」が進められ、全国で様々な施策は実施されてきた。先行研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究、研究代表者:加藤雅志(H25-H26)」では、2015年に医師・看護師の緩和ケアに関する全国調査を実施し、2008年からの変化を明らかにした。一方で調査により、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケア知識・実践は十分ではないことが示された。

しかしながら、拠点病院以外の施設の緩和ケアの取り組み状況に関する課題を明らかにするとともに、都道府県別の施設の取り組みの状況を明らかにすることが課題となっている。

本研究の目的は、施設の全国調査を行うことに

よって、全国の緩和ケアの取り組み状況を把握するとともに、都道府県別・施設種別による取り組み状況の違いを明らかにする。

なお、療者調査・施設調査については、2017年度は拠点病院を対象、2018年度は拠点病院以外を対象に調査を実施した。

B. 研究方法

1) 医療者(医師・看護師)調査

医師・看護師の緩和ケアの知識・困難感の経時的変化・都道府県別および施設種別による違いを検証するため、医師5554名、看護師43412名を対象に、匿名自記式質問紙調査を行った。

2) 施設調査

病院の緩和ケアの提供体制について、都道府県別および施設種別による違いを明らかにするために、全国のがん診療連携拠点病院434施設、拠点病院以外の病院6911施設の施設長・緩和ケア担当者を対象に、記名式の自記式質問紙調査を行った。

3) がん対策緩和ケアの評価指標の推移検証と目標値の設定

がん対策緩和ケアの進捗状況を評価する15指標について、可能なデータの更新を行うとともに、研究者間で目標値の設定方法についての検討を行った。

4) 倫理的配慮

本研究は、医療者を対象とする調査であり、国立がん研究センターの研究倫理審査の対象外ではあるが、疫学研究に関する倫理指針に従い調査を実施した。

各研究の詳細については、各分担報告に記載した。

C. 研究結果

1) 回答数

回答数は医師調査 表1、看護師調査 表2、施設調査 表3に示した。

表1 医療者調査（医師）回答数

	対象数	回答数(%)	解析数(%)
2017 拠点	36654	6479 (18)	4198 (11)
2018 非拠点	18900	4390 (23)	2019 (11)
合計	55554	10869 (20)	6217 (11)

表2 医療者調査（看護師）回答数

	対象数	回答数(%)	解析数(%)
2017 拠点	25319	7648 (30)	7514 (30)
2018 非拠点	18093	6694 (37)	6533 (36)
合計	43412	14342 (33)	14047 (32)

表3 施設調査回答数

	対象数	回答数(%)
病院長		
2017 拠点	434	332 (76)
2018 非拠点	6911	1691 (24)
合計	7345	2023 (28)
緩和ケア担当者		
2017 拠点	434	362 (83)
2018 非拠点	6911	1434 (21)
合計	7345	1796 (24)

2) 回答者背景

回答者・施設背景は、各分担報告に記載した。

3) 医療者調査 医師の緩和ケアの変化

知識スコアの合計正答率（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：2.1ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：8.1ポイント増加した。詳細は分担報告に記載した。

4) 医療者調査 看護師の緩和ケアの変化

知識スコアの合計正答率（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：2.2ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：5.2ポイント増加した。困難感スコアの合計平均値（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：-0.45（効果量0.67）、拠点病院以外の病院（2018年）：-0.48（効果量1.27）減少した。詳細は分担報告に記載した。

5) 施設調査

緩和ケアチームが有る施設のうち、専従の身体症状担当医師がいる施設は、全体36%、非拠点病院21%、拠点病院52%だった。緩和ケアチームがない施設のうち、身体症状の緩和を担当する医師がいると回答した施設は全体37%、非拠点病院37%だった。

施設の緩和ケア提供体制について、多変量ロジスティック回帰によって有意差が認められたのは「抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働している」であり、概ねできている・できていると回答した施設は全体46%、非拠点病院37%、拠点病院81%（Adj OR 0.38:95%CI 0.25-0.56）だった。詳細は分担報告に記載した。

6) がん対策緩和ケアの評価指標の推移検証と目標値の設定

評価指標の推移は、分担報告に記載した。

D. 考察

医療者調査の結果、施設別では2008年と比較して、拠点病院以外の医師・看護師間で緩和ケアに関する知識等が大きく増加しており、拠点病院だけでなく、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが示唆された。また、本調査によって、初めて都道府県別の医師・看護師の緩和ケアの状況を示すことができた。今後は、全国平均値との比較など、更なる解析・検討を進めて行くことが必要である。

施設調査の結果は、拠点病院と比較して拠点病院以外の病院の緩和ケア提供体制の整備が遅れていることが示され、拠点病院以外の病院の緩和ケア提供体制の整備を支援する必要性が示唆された。なお、都道府県別の結果については、サンプル数が十分に確保できない都道府県もあるため、結果の解釈には更なる検討が必要である。

がん対策緩和ケアの評価指標については、今後も継続して指標の推移を検証する必要がある。また、目標値の設定については、研究者間の検討を踏まえ、目標値の設定が可能な項目については、検討を進めて行く必要がある。

E. 結論

2008年と比較して、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが示唆された。一方で、施設の緩和ケア提供体制については、拠点病院と比較して、拠点病院以外の病院の緩和ケア提供対の整備が遅れていることが示された。また、本調査によって、都道府県別の医療者の緩和ケアの状況や、施設の緩和ケア提供体制の状況を明らかにしていく予定である。

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
分担研究報告書

医師の緩和ケアの変化に関する研究

研究分担者

木澤 義之 神戸大学医学部附属病院・緩和支援診療科 特命教授
中澤 葉宇子 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 研究員

研究要旨 本研究の目的は、全国の医師を対象とする全国調査を行い、医師の緩和ケアに関する知識・困難感等について2008年・2015年に実施した先行研究結果との経時的変化を検証するとともに、都道府県別・施設種別による違いを明らかにする。調査方法は、2017年10月現在、全国の地方厚生局に届出されている病院リストにもとづき、都道府県別にがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す。）、層別無作為抽出、拠点病院以外の病院はオプトインとした。なお、2017年度は、拠点病院に勤務する医師（179施設、36654名）、2018年度は、拠点病院以外に勤務する医師（1662施設、18900名）を対象に質問紙調査を実施した。調査項目は、緩和ケアの知識・困難感・がん診療の具体的な実施状況等について調査した。調査の結果、拠点病院の医師6479名（18%）、拠点病院以外の医師4390（23%）から回答を得た。知識スコアの合計正答率（調整平均値）は、2008年から2017・18年で拠点病院：2.1ポイント、拠点病院以外の病院：8.1ポイント増加した。困難感スコアの合計平均値（調整平均値）は、2008年から2017・18年で拠点病院：-0.1（効果量0.14）、拠点病院以外の病院：-0.01（効果量0.03）減少した。2008年と比較して、拠点病院以外の医師間で、緩和ケアに関する知識が大きく増加しており、拠点病院だけでなく一般病院医師への知識の向上が進んでいることが考えられた。都道府県別の結果については、一部サンプル数が100に満たない都道府県があり、参考値とするべきである。今後、全国平均値との比較など更なる解析を進めて行くことが必要である。

A. 研究目的

わが国では、これまでがん対策として「緩和ケアの推進」が進められ、全国で様々な施策は実施されてきた。先行研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究、研究代表者：加藤雅志（H25-H26）」では、2015年に医師の緩和ケアに関する全国調査を実施し、2008年からの変化を明らかにした。一方で調査により、拠点病院以外の医師の緩和ケア知識は十分ではないことが示された。

しかしながら、拠点病院以外の医師の課題について、より施設の状況に応じた課題を明らかにするとともに、都道府県別の医師の状況を明らかにすることが課題となっている。

本研究の目的は、医師の全国調査を行うことによって、以下の2点を検証する。

- 1) 2008年・2015年の先行研究結果からの医師の緩和ケアの経時的変化
- 2) と都道府県別・施設種別による医師の緩和ケアの違い

なお、2017年度の拠点病院の医師への調査に続き、2018年度は拠点病院以外の医師を対象に調査を実施した。2019年度に診療所医師への調査予定である。

B. 研究方法

1) 調査方法

本研究は、匿名自記式質問紙調査票を用いた観察調査による3時点の比較である。

2) 調査期間

- ①拠点病院医師：2018年3月
- ②拠点病院以外の医師：2018年12月-2019年3月

3) 調査対象

①拠点病院医師

調査対象は、全国の拠点病院に勤務する常勤医師36,654名である。

対象者の抽出は、2017年4月時点のがん診療連携拠点病院一覧を用い、各拠点病院が公開する常勤医師数に基づき、都道府県別に対象施設を無作為抽出した。なお、都道府県別に対象者数750名を満たすまで施設数を増加し、合計179施設に所属する常勤医師とした。

②拠点病院以外の医師

調査対象は、全国の拠点病院・精神科単科病院を除く施設に勤務する常勤医師18,900名である。

対象者の抽出は、2017年10月時点で地方厚生局

に届出されている保険医療機関（病院）一覧を用いて施設の代表者に調査協力を依頼し、代表者の同意が得られた施設とした。なお、都道府県別に対象者数400名を満たすまで、協力可否が確認できなかった施設を含めることとし、合計1662施設の常勤医師とした。

サンプルサイズは標本誤差に基づき算出した。拠点病院の医師は、都道府県別で推定誤差95%信頼区間±4%、拠点病院以外の医師は、都道府県別で推定誤差信頼区間±5%の必要有効回答数で設定した。

4) 調査項目

調査項目は、以下のとおりである。

①対象者背景：

年齢・性別・勤務場所・診療経験年数・在宅ケアの経験・年間看取りがん患者数・緩和ケアの卒後教育時間 など

②評価項目：

緩和ケアに関する知識・困難感
がん診療の具体的な実施状況（2017-18年）

5) 解析方法

「がん診療を行っていない」と回答した医師は解析対象から除外した。

緩和ケアに関する知識・困難感の3時点の平均値の変化は、施設種別ごとに一般線形モデルを用いて解析した。背景要因による影響を調整するため、「性別・臨床経験年数・年間看取りがん患者数・医療用麻薬の処方数・専門診療科・地域」を共変量とした。また、2008年と2017・2018年の平均値の差について、効果量Hedges' gを推定した。都道府県別は平均値の記述統計を行った。

がん診療の具体的な実施状況については、拠点病院と拠点病院以外の医師の平均値の差を対応のないt検定を用いて解析し、都道府県別は平均値の記述統計を行った。

6) 倫理的配慮

本研究は、医療者を対象とする調査であり、国立がん研究センターの研究倫理審査の対象外ではあるが、疫学研究に関する倫理指針に従い調査を実施した。

C. 研究結果

1) 回答数

表1に示した。

表1

	対象数	回答数(%)	解析数(%)
2017 拠点	36654	6479 (18)	4198 (11)
2018 非拠点	18900	4390 (23)	2019 (11)
合計	55554	10869 (20)	6217 (11)

2) 回答者背景

回答者背景は、表2-1 に示した。

3) 緩和ケアに関する知識の変化

緩和ケアに関する知識の変化は、表3-1 に示した。

知識スコアの合計正答率（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：2.1ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：8.1ポイント増加した。

4) 緩和ケアに関する困難感の変化

緩和ケアに関する困難感の変化は、表4-1 に示した。

困難感スコアの合計平均値（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：-0.1（効果量0.14）、拠点病院以外の病院（2018年）：-0.01（効果量0.03）減少した。

5) がん診療の実施状況

がん診療の実施状況については、表5に示した。

拠点病院と拠点病院以外の平均値を比較した結果、多職種連携や専門医への紹介に関する下記のような項目で差が認められた。「患者の診療は多職種チームで対応している（5.1 vs 4.8, $P < 0.001$ ）」「薬物療法でがん疼痛が緩和しない場合には、神経ブロックの適応があるかを緩和ケア医や麻酔医に相談している（4.1 vs 3.8, $P < 0.001$ ）」

「がん病巣が存在することに伴う疼痛に対して、放射線治療の適応について放射線治療医に紹介をしている（5.0 vs 4.5, $P < 0.001$ ）」「鎮静などの倫理的な問題について検討する時は、緩和ケアの専門家を含む多職種チームにより検討している（4.7 vs 4.2, $P < 0.001$ ）」

D. 考察

2008年からの変化として、拠点病院の医師の緩和ケアの知識・困難感は、2015年時点から横ばいであり、特に知識については天井効果が生じている可能性が考えられた。一方、拠点病院以外の医師の知識は大きく増加しており、拠点病院以外の医師にも緩和ケアの知識の向上が進んでいることが考えられた。困難感については、拠点病院・一般病院ともに、症状緩和に対する困難感は調整平均値に変化が認められず、近年の症状緩和の多様化などが影響していることが考えられた。また、拠点病院以外の医師の間で、患者・家族とのコミュニケーションの困難感でも調整平均値に変化が認められず、コミュニケーションスキルの必要性が示唆された。

都道府県別の結果については、一部サンプル数が100に満たない都道府県があるため、参考値とするべきである。今後、全国平均値との比較など更なる解析を進めて行くことが必要である。また、全体の変化については診療所の医師の回答を含めて検討することが必要である。

E. 結論

2008年と比較して、拠点病院以外の医師間で、緩和ケアに関する知識が大きく増加した。

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
分担研究報告書

看護師の緩和ケアの変化に関する研究

研究分担者

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 教授
中澤 葉宇子 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 研究員

研究要旨 本研究の目的は、全国の看護師を対象とする全国調査を行い、看護師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践について2008年・2015年に実施した先行研究結果との経時的変化を検証するとともに、都道府県別・施設種別による違いを明らかにする。調査方法は、2017年10月現在、全国の地方厚生局に届出されている病院リストにもとづき、都道府県別にがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す。）は層別無作為抽出とし、拠点病院以外の病院はオプトインとした。なお、2017年度は、拠点病院に勤務する看護師（179施設、25319名）、2018年度は、拠点病院以外に勤務する看護師（1662施設、18093名）を対象に質問紙調査を実施した。調査項目は、緩和ケアの知識・困難感・実践等について調査した。調査の結果、拠点病院の看護師7648名（30%）、拠点病院以外の看護師6694（37%）から回答を得た。2008年から2017・18年の間で、知識スコアの合計正答率（調整平均値）は、拠点病院（2017年）：2.2ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：5.2ポイント増加した。困難感スコアの合計平均値（調整平均値）は、拠点病院：-0.45（効果量0.67）、拠点病院以外の病院：-0.48（効果量1.27）減少した。実践スコアの合計平均値（調整平均値）は、拠点病院：0.12（効果量0.19）、拠点病院以外の病院：0.19（効果量0.53）、と増加した。2008年と比較して、拠点病院以外の看護師間で、緩和ケアに関する知識・困難感・実践スコアが向上しており、拠点病院だけでなく一般病院の看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが考えられた。都道府県別については、今後、全国平均値との比較など更なる解析を進めて行くことが必要である。

A. 研究目的

わが国では、これまでがん対策として「緩和ケアの推進」が進められ、全国で様々な施策は実施されてきた。先行研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究、研究代表者：加藤雅志（H25-H26）」では、2015年に看護師の緩和ケアに関する全国調査を実施し、2008年からの変化を明らかにした。一方で調査により、拠点病院以外の看護師の緩和ケア知識・実践は十分ではないことが示された。

しかしながら、拠点病院以外の看護師の課題について、より施設の状況に応じた課題を明らかにするとともに、都道府県別の医師の状況を明らかにすることが課題となっている。

本研究の目的は、看護師の全国調査を行うことによって、以下の2点を検証する。

- 1) 2008年・2015年の先行研究結果からの看護師の緩和ケアの経時的変化
- 2) 都道府県別・施設種別による看護師の緩和ケアの違い

なお、2017年度の拠点病院の看護師への調査に続き、2018年度は拠点病院以外の看護師を対象に調査を実施した。2019年度に訪問看護ステーション看護師への調査予定である。

B. 研究方法

1) 調査方法

本研究は、匿名自記式質問紙調査票を用いた観察調査による3時点の比較である。

2) 調査期間

- ①拠点病院看護師：2018年3月
- ②拠点病院以外の看護師：2018年12月-2019年3月

3) 調査対象

①拠点病院看護師

調査対象は、全国の拠点病院に勤務する25319名である。

対象者の抽出は、2017年4月時点のがん診療連携拠点病院一覧を用い、各拠点病院が公開する常勤医師数の2/3として、都道府県別に対象施設を無作為抽出した。なお、都道府県別に対象者数500名を満たすまで施設数を増加し、合計179施設に所属する下記条件を満たす看護師とした。

②拠点病院以外の看護師

調査対象は、全国の拠点病院・精神科単科病院を除く施設に勤務する18,093名である。

対象者の抽出は、2017年10月時点で地方厚生局

に届出されている保険医療機関（病院）一覧を用いて施設の代表者に調査協力を依頼し、代表者の同意が得られた施設とした。対象者数は、医師調査の協力者数の3/4とした。なお、都道府県別に対象者数300名を満たすまで、協力可否が確認できなかった施設を含めることとし、合計1662施設の看護師とした。

《看護師の調査対象条件》

- a. 対象施設に1年以上勤務する常勤もしくはフルタイム非常勤の看護師
- b. 臨床経験3年以上の看護師
- c. がん診療に携わる病棟・外来の看護師

サンプルサイズは標本誤差に基づき算出した。拠点病院の医師は、都道府県別で推定誤差95%信頼区間±4%、拠点病院以外の医師は、都道府県別で推定誤差信頼区間±5%の必要有効回答数で設定した。

4) 調査項目

調査項目は、以下のとおりである。

①対象者背景：

年齢・性別・勤務場所・診療経験年数・在宅ケアの経験・年間看取りがん患者数・緩和ケアの卒後教育時間 など

②評価項目：

緩和ケアに関する知識・困難感・実践
がん患者のケアに対する認識（2017-18年）

5) 解析方法

「がん患者のケア経験なし」と回答した看護師は解析対象から除外した。

緩和ケアに関する知識・困難感・実践の3時点の平均値の変化は、施設種別ごとに一般線形モデルを用いて解析した。背景要因による影響を調整するため、「年齢・学歴・ホスピス緩和ケア病棟勤務経験・看取り数」を共変量とした。また、2008年と2017・2018年の平均値の差について、効果量Hedges' gを推定した。都道府県別は平均値の記述統計を行った。

がん診療の具体的な実施状況については、拠点病院と拠点病院以外の看護師の平均値の差を対応のないt検定を用いて解析し、都道府県別は平均値の記述統計を行った。

6) 倫理的配慮

本研究は、医療者を対象とする調査であり、国立がん研究センターの研究倫理審査の対象外ではあるが、疫学研究に関する倫理指針に従い調査を実施した。

C. 研究結果

1) 回答数

表1に示した。

表1

	対象数	回答数(%)	解析数(%)
2017 拠点	25319	7648 (30)	7514 (30)
2018 非拠点	18093	6694 (37)	6533 (36)
合計	43412	14342 (33)	14047 (32)

2) 回答者背景

回答者背景は、表2-1 に示した。

3) 緩和ケアに関する知識の変化

緩和ケアに関する知識の変化は、表3-1 に示した。

知識スコアの合計正答率（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：2.2ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：5.2ポイント増加した。

4) 緩和ケアに関する困難感の変化

緩和ケアに関する困難感の変化は、表4-1 に示した。

困難感スコアの合計平均値（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：-0.45（効果量0.67）、拠点病院以外の病院（2018年）：-0.48（効果量1.27）減少した。

5) 緩和ケアに関する実践の変化

緩和ケアに関する困難感の変化は、表5-1 に示した。

実践スコアの合計平均値（調整平均値）は、2008年から拠点病院（2017年）：0.12（効果量0.19）、拠点病院以外の病院（2018年）：0.19（効果量0.53）増加した。

6) がん患者のケアに対する認識

がん患者のケアに対する認識については、表6に示した。拠点病院と拠点病院以外の平均値を比較した結果、妊孕性に関する項目で差が認められた。

「生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある（2.9 vs 2.6, P<0.001）」「患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性及びそれに関する情報を患者に伝えている（3.0 vs 2.7, P<0.001）」

D. 考察

2008年からの変化として、拠点病院の看護師・拠点病院以外の看護師共に、緩和ケアの知識・困難感・実践が向上していた。特に、拠点病院以外の看護師の困難感の改善が大きく認められており、専門家の支援が得られやすくなっていることや、医療者間のコミュニケーション、地域連携に関して困難感が改善しており、拠点病院に限らず、一般病院の看護師の緩和ケアの質向上が進んでいることが考えられた。一方で、拠点病院と比べて、非拠点病院の看護師のせん妄知識のスコアの変化が小さかったため、せん妄知識の普及啓発の必要性が示唆された。

都道府県別の平均値については、今後、全国平均値との比較など更なる解析を進めて行くことが必要である。

また、全体の変化については訪問看護ステーション看護師の回答を含めて検討することが必要である。

E. 結論

2008年と比較して、拠点病院以外の看護師間で、緩和ケアに関する知識・困難感・実践が大きく改善した。

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
分担研究報告書

施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究

研究分担者

加藤 雅志 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 部長
中澤 葉宇子 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 研究員

研究要旨 本研究の目的は、全国の病院の緩和ケアの取り組み状況を明らかにするとともに、都道府県別・施設種別による取り組み状況の違いを明らかにする。調査方法は、2017年10月現在、全国の地方厚生局に届出されている病院リストに掲載された全病院を対象に、各施設の病院長・緩和ケア担当者宛の2種類の質問紙調査を実施した。調査項目は、病院長票：緩和ケアに関する提供体制、病院としてがん診療に取り組む体制など、緩和ケア担当者票：施設のがん患者に対する緩和ケアの状況、緩和ケアチームの活動状況などを調査した。なお、2017年度はがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す。）434施設、2018年度は拠点病院以外の病院6911施設を対象とした。調査の結果、拠点病院病：院長332名（76%）、緩和ケア担当者362名（83%）、拠点病院以外の病院：院長1961名（24%）、緩和ケア担当者1434名（21%）から回答を得た。拠点病院と拠点病院以外の病院の比較では、全体として、拠点病院の緩和ケアの提供体制の整備が遅れていることが示された。

A. 研究目的

わが国では、これまでがん対策として「緩和ケアの推進」が進められ、全国で様々な施策は実施されてきた。先行研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究、研究代表者：加藤雅志（H25-H26）」では、2015年に医師・看護師の緩和ケアに関する全国調査を実施し、2008年からの変化を明らかにした。一方で調査により、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケア知識・実践は十分ではないことが示された。

しかしながら、拠点病院以外の施設の緩和ケアの取り組み状況に関する課題を明らかにするとともに、都道府県別の施設の取り組みの状況を明らかにすることが課題となっている。

本研究の目的は、施設の全国調査を行うことによって、全国の緩和ケアの取り組み状況を把握するとともに、都道府県別・施設種別による取り組み状況の違いを明らかにする。

2017年度は拠点病院、2018年度は拠点病院以外の病院を対象に調査を実施した。

B. 研究方法

1) 調査方法

本研究は、記名式の自記式質問紙調査票を用いた観察研究である。

2) 調査期間

①拠点病院医師：2018年3月

②拠点病院以外の医師：2018年12月-2019年3月

3) 調査対象

調査対象は、2017年10月時点で精神科単科病院を除く全国の拠点病院434施設と、拠点病院以外の病院6911施設の①病院長・②緩和ケア担当者である。

4) 調査項目

調査項目は以下のとおりである。

①施設長票 調査項目

○ 施設の構造：

都道府県名・施設種別・病床数・年間がん患者診療数・年間がん患

死亡者数。緩和ケアチームの有無・緩和ケアチームの診療件数・緩和ケアチームのメンバー構成・緩和ケア病棟の有無・緩和ケア外来の有無

○ 病院としてがん診療に取り組む体制について

○ 病院として緩和ケアに取り組む体制について

○ 緩和ケアの地域連携について

②緩和ケア担当者票 調査項目

○ 都道府県名・施設種別・回答者の臨床経験年数・緩和ケアチームの有無

○ 施設の緩和ケアの提供体制について

○ 緩和ケアチームの活動について

○ 施設内の緩和ケアに関する診療状況について

5) 解析方法

①病院長調査

病院としてがん診療に取り組む体制、緩和ケアに取り組む体制、緩和ケアの地域連携、拠点病院・拠点病院以外の病院の各該当割合について、ロジスティック回帰モデルを用いて分析を行った。なお、施設の背景要因を調整するため、「病院長：地域，年間入院がん患者数，年間死亡がん患者数，緩和ケアチームの有無，緩和ケア病棟の有無」を共変量とした。

②緩和ケア担当者調査

病院の緩和ケア提供体制、緩和ケアチームの活動、緩和ケアの提供体制について、拠点病院・拠点病院以外の病院の各該当割合について、ロジスティック回帰モデルを用いて分析を行った。なお、施設の背景要因を調整するため、「緩和ケア担当者：地域，回答者の緩和ケア経験年数，緩和ケアチームの有無，チーム活動状況，平日医師の診療状況，チーム専従看護師の有無」を共変量とした。

6) 倫理的配慮

本研究は、医療者を対象とする調査であり、国立がん研究センターの研究倫理審査の対象外ではあるが、疫学研究に関する倫理指針に従い調査を実施した。

C. 研究結果

1) 回答数

表1に示した。

表1

	対象数	回答数(%)
病院長		
2017 拠点	434	332 (76)
2018 非拠点	6911	1691 (24)
合計	7345	2023 (28)
緩和ケア担当者		
2017 拠点	434	362 (83)
2018 非拠点	6911	1434 (21)
合計	7345	1796 (24)

2) 病院長調査

①施設背景

施設背景は、表2に示した。

緩和ケアチームが有ると回答した施設は、全体34%、非拠点病院21%、拠点病院100%、だった。

緩和ケアチームが有る施設のうち、専従の身体症状担当医師がいる施設は、全体36%、非拠点病院21%、拠点病院52%だった。緩和ケアチームがない施設のうち、身体症状の緩和を担当する医師がいると回答した施設は全体37%、非拠点病院37%だった。

②がん診療・緩和ケアに取り組む体制

病院としてがん診療に取り組む体制、病院として緩和ケアに取り組む体制は、表3に示した。

がん患者に対する放射線療法を行っている施設は、全体24%、非拠点病院10%、拠点病院94% (Adj OR 0.01:95%CI 0.01-0.36)、院内の緩和ケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に効果されている施設は、全体26%、非拠点病院16%、拠点病院77% (Adj OR 0.54:95%CI 0.34-0.87) だった。

③病院の緩和ケアに関する地域連携

病院の緩和ケアに関する地域連携は表4に示した。

緩和ケアに関する地域連携を推進するための、自施設と地域その他施設との連携体制を構築していくための担当者を明確にしている施設は、全体27%、非拠点病院19%、拠点病院68% (Adj OR 0.45:95%CI 0.29-0.71)、地域の他の医療機関と連携する時に利用できる、がん患者の症状緩和ケアに関する地域連携クリティカルパスを使用する準備をしている種瀬地は (Adj OR 0.52:95%CI 0.33-0.80) だった。

3) 緩和ケア担当者調査

①回答者・施設背景

回答者・施設背景を表5に示した。

回答者の緩和ケアに携わっている年数平均値は全体10.1 (±8.1)、非拠点病院9.4 (±8.4)、拠点病院12.3 (±6.3) だった。

②施設の緩和ケア提供体制

施設の緩和ケア提供体制は表6に示した。

施設の緩和ケア提供体制について、多変量ロジスティック回帰によって有意差が認められたのは「抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働している」であり、概ねできている・できていると回答した施設は全体46%、非拠点病院37%、拠点病院81% (Adj OR 0.38:95%CI 0.25-0.56) だった。

③緩和ケアチームの活動状況

緩和ケアチームがある施設のチームの緩和ケア提供体制と活動状況は表7に示した。

緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、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として回答した施設は、全体77%、非拠点病院63%、拠点病院93% (Adj OR 0.33:95%CI 0.12-0.33)、疼痛以外の身体症状・精神症状の緩和を目的とした依頼が20%以上であると

回答した施設は、全体73%、非拠点病院61%、拠点病院87% (Adj OR 0.34:95%CI 0.22-0.53) であった。

緩和ケアチームがない施設の緩和ケアの状況は表8に示した。

D. 考察

全体的に、拠点病院と比較して非拠点病院の施設全体の緩和ケア提供体制の整備状況は、遅れていることが示された。特に多職種連携や専門医への紹介に関する項目で差が認められ、非拠点病院の緩和ケア提供体制の整備を支援する必要性が示唆された。

都道府県別の結果については、今後、全国平均値との比較など更なる解析・検討を進めて行くことが必要である。

E. 結論

拠点病院と比較して、非拠点病院の緩和ケア提供体制の整備状況が遅れていることが示された。

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
分担研究報告書

がん対策緩和ケア指標の推移の検証と目標値の設定に関する研究

研究分担者

森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療家 副院長
小川 朝生 国立がん研究センター 東病院 精神腫瘍科 科長
中澤 葉宇子 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 研究員

研究要旨 本研究の目的は、先行研究で設定したがん対策緩和ケアの進捗状況の評価する 15 指標について、政府統計や各協力機関等からデータを収集し、指標の推移を検証する。また、研究班で選定した緩和ケアの専門家等で構成する約 10 名程度の専門家によって、目標値の設定方法を検討することである。

現在、先行研究で設定したがん対策緩和ケアの進捗状況の評価する 15 指標について、可能なデータの更新を行うとともに、目標値の設定方法についての検討中である。

A. 研究目的

わが国では、これまでがん対策として「緩和ケアの推進」が進められ、全国で様々な施策は実施されてきた。先行研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究、研究代表者：加藤雅志（H25-H26）」では、がん対策緩和ケアの目標達成状況の評価するための15の指標が示された。

しかしながら、指標の測定による推移の検証や、目指すべき目標値の設定がなされていないことが課題となっている。

本研究の目的は、以下の2点である。

- 1) がん対策緩和ケア評価指標である15の指標について、指標の推移を検証する（2017-2019年度）。
- 2) 評価指標の目標値の設定については、研究班で選定した緩和ケアの専門家等で構成する約10名程度の専門家によって、目標値の設定方法を検討したうえで、既存データや先行研究等の文献検索にもとづき、がん対策緩和ケア指標が目指すべき暫定目標値の設定を検討する。

B. 研究方法

1) 指標の推移検証

以下のとおり、政府統計や各協力機関から指標データを収集し、推移を示す。

【死亡場所：政府統計】 【医療用麻薬の利用状況：厚生労働省】 【緩和ケア専門サービスの普及：拠点病院現況報告等】 【緩和ケア専門人員の配置：日本看護協会等】 【一般医療者に対する教育：厚生労働省】 【一般市民への普及：がん対策に関する世論調査】 【緩和ケアに関する地域連携：拠点病院現況報告】 【がん患者のQOL：患者体験

調査】 【終末期がん患者の緩和ケアの質：遺族調査】 【終末期がん患者のQOL：遺族調査】 【家族ケア：遺族調査】

2) 指標の目標値の検討

研究者間で、目標値の設定について議論し、今後の方向性について検討した。

C. 研究結果

1) 指標の推移検証

【別紙】記載

2) 指標の目標値の検討（2017年度）

研究者間で検討した結果、主に以下の意見が得られた。

過去の研究で、一般市民への緩和ケアの副球啓発について、目標値〇%と設定したが、介入群と比較対象群との差があまり見られず、うまく測定できなかった。

ベンチマークというやり方はうまくいく可能性がある。

終末期の QOL：健康度の高い人と比べるのは難しい課題がある。

療養場所：患者の希望との一致率をみることはできるかもしれないが、世界的にも目標値にしているところはない。

終末期の緩和ケアの質：施設の特徴が影響するため、全国の目標値として示すことは難しい。

緩和ケアサービス利用状況：高いからいいというわけではないが、まず設定することを試みてもいいかもしれない。

専門看護師の配置：何をもって適切な場所に配置

されていると判断するのか、議論の必要性がある。
過去に検討したが、あまりうまくいかなかった。
医師の緩和ケア研修会修了数：全ての医師と目標値が設定されている。

麻薬消費量：日本も世界とほとんど変わらなくなっている、国による麻薬規制の状況が影響するため、世界比較は困難。

緩和ケアに関する関連機関とのカンファの開催状況：カウント方法の定義について、検討が必要。

市民への普及啓発：一般市民の希望と比較することになるのか、検討が必要。

リファレンスがあるか、介入研究があるといい。各国の結果を見て、日本に近い医療システムの国を参考にすることが可能。

がん対策の全体目標も変わったので、指標もいらなくなる可能性もある。

D. 考察

これまで測定不可能だった全国遺族調査による終末期がん患者の緩和ケアの質や、終末期がん患者のQOLの指標については、今後測定可能となる予定であり、今後も継続して指標の推移を検証する。また、目標値の設定については、継続的な指標の推移を観察するとともに、研究者間の検討を踏まえ、目標値の設定が可能な項目については、検討を進めて行く必要がある。

E. 結論

今後も継続的な指標のモニタリングを行うとともに、目標値設定について専門家間において、より具体的な検討が必要である。

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
加藤雅志.			がん・生殖医療ハンドブック 大須賀 穰 鈴木 直 編集 短時間のうちに多くの 意思決定を迫られる患者にどう関わる？ ーがん相談支援センターがん専門相談員 の立場から.	メディカ出版	大阪	2017	pp313-pp 318
加藤雅志			緩和ケアと精神保健. 第6版精神保健福 祉士養成セミナー第2巻 精神保健学・精 神保健の課題と支援.	へるす出版	東京	2017	pp164-17 9
木澤義之他			いのちの終わりにどうかかわるか	医学書院	東京都	2017年	全項
森田達也.他		ガイドライン 統括委員会 (編集)	がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関 する基本的な考え方の手引き 2018年版.	金原出版株式 会社	東京	2018	
森田達也.他			3ステップ実践緩和ケア〔第2版〕.	榊青海社,	東京	2018	
森田達也.		José L. Pereira (著者). 丹波嘉一郎, 大中俊宏 (監訳)	Pallium Canada 緩和ケアポケットブッ ク Pallium Palliative Pocketbook Secon d Edition.	メディカル・サ イエンス・イン ターナシヨナ ル.	東京	2017	
森田達也.		日本がんサポーターブク ア学会 (編)	がん薬物療法に伴う抹消神経障害マネジ メントの手引き	金原出版	東京	2017	
小川朝生.			精神的ケア. In: 大江裕一郎, 鈴木健司, editor. インフォームドコンセントのた めの図説シリーズ 肺がん 改訂5版.	医薬ジャーナ ル社	大阪	2017	
小川朝生.			あなたの患者さん、認知症かもしれませ ん.	医学書院	東京都	2017	
○小川朝生.			(3) 精神的ケア. 大江裕一郎, 鈴木健 司, インフォームドコンセントのための 図説シリーズ 肺がん 改訂5版.	医薬ジャーナ ル社		2017	212-6.

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
akashita A, Kizawa Y, Kato M, Akizuki N, Nakazawa Y, Kaizu M, Yano K, Sato T, Tokoro A.	Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Team in Japan Using a Modified Delphi Method.	Journal of Pain and Symptom Management,	56(5)	746-751	2018
Yoshida S, Ogawa C, Shimizu K, Kobayashi M, Inoguchi H, Oshima Y, Dotani C, Nakahara R, <u>Kato M.</u>	Japanese physicians' attitudes toward end-of-life discussion with pediatric patients with cancer.	Supportive Care in Cancer,	26(11)	3861-3871.	2018
Takeuchi E, <u>Kato M</u> , Miyata K, Suzuki N, Shimizu C, Okada H, Matsunaga N, Shimizu M, Moroi N, Fujisawa D, Mimura M, Miyoshi Y.	The effects of an educational program for non-physician health care providers regarding fertility preservation.	Supportive Care in Cancer,	26(10)	3447-3452.	2018
Nakazawa Y, Yamamoto R, <u>Kato M</u> , Miyashita M, Kizawa Y, Morita T.	Improved Knowledge of and Difficulties in Palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan: association With a nation-wide palliative care education program.	Cancer.	124(3)	626-635.	2018
Nakazawa Y, <u>Kato M</u> , Miyashita M, Morita T, Kizawa Y.	Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015.	Journal of Pain and Symptom Management	55(2)	402-412.	2018
Miyoshi Y, Yorifuji T, Horikawa R, Takahashi I, Nagasaki K, Ishiguro H, Fujiwara I, Ito J, Oba M, Fujisaki H, <u>Kato M</u> , Shimizu C, Kato T, Matsumoto K, Sago H, Takimoto T, Okada H, Suzuki N, Yokoya S, Ogata T, Ozono K.	Childbirth and fertility preservation in childhood and adolescent cancer patients: a second national survey of Japanese pediatric endocrinologists.	Clin Pediatr Endocrinol,	26(2)	81-88	2017
Okamoto Y, <u>Kizawa Y</u> , et al.	Bereaved Family Members' Perceptions of the Distressing Symptoms of Terminal Patients With Cancer.	American Journal of Hospice & Palliative Medicine.		1-6	2018
Shibata N, Kizawa Y, et al.	Palliative Care based on Antemortem Diagnosis in a Case of Nonbacterial Thrombotic Endocarditis with Concomitant Repeated Systemic Embolization.	Internal Medicine.			2018
Masukawa K, Kizawa Y, et al.	The Japan Hospice and Palliative Evaluation Study 4: a cross-sectional questionnaire survey.	BMC Palliative Care.			2018

Yotani N, Kizawa Y.	Specialized Palliative Care for Children in Japan JSPM 2018. Journal of Pain and Symptom Management.		Vol.56 No.4	582-587	2018
Omae T, Yotani N, Sakashita A, Kizawa Y.	Number of Unused Medications at the Time of Last Admission: A Prospective Observational Study in a Single Palliative Care Unit.	American Journal of Hospice & Palliative Medicine.	Vol.35 (12)	1498-1504	2018
Hamano J, Kizawa Y, et al.	Trust in Physicians, Continuity and Coordination of Care, and Quality of Death in Patients with Advanced Cancer.	J Palliat Med.	20(11)	1252-1259.	2017
Yamaguchi T, Kizawa Y, et al.	Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care.	J Pain Symptom Manage.	54 (1)	17-26.	2017
Hatano Y, Kizawa Y, et al.	The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status.	Psycho-Oncology.	26(11)	1959-1964.	2017
Kanoh A, Kizawa Y, et al.	End-of-life care and discussions in Japanese geriatric health service facilities: A nationwide survey of managing directors' viewpoints.	American Journal of Hospice and Palliative Medicine.			2017
Miura H, Kizawa Y, et al.	Benefits of the Japanese version of the advanced care planning facilitators education program.	Geriatr Gerontol Int.		350-352.	2017
Yamamoto S, Kizawa Y, et al.	Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors.	J Pain Symptom Manage.	53 (5)	862-870	2017
Morita T, Imai K, Yokomichi N, Mori M, Kizawa Y, Tsuneto S.	Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research.	J Pain Symptom Manage.	53(1)	146-152.	2017
Nakazato K, Shiozaki M, Hirai K, Morita T, Tatara R, Ichihara K, Sato S, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	Verbal communication of families with cancer patients at end of life: A questionnaire survey with bereaved family members.	Psycho-Oncology	27	155-162	2018.
Mori M, Fujimori M, Hamano J, Naito AS, Morita T.	Which physicians' behaviors on death pronouncement affect family-perceived physician compassion? A randomized, scripted, video-vignette study.	J Pain Symptom Manage	55(2)	189-197	2018

Sakashita A, Morita T, Kishino M, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	Which research questions are important for the bereaved families of palliative care cancer patients? A nationwide survey.	J Pain Symptom Manage	55(2)	379-386	2018
Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y.	Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: An analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015.	J Pain Symptom Manage	55(2)	402-412	2018
Minoura T, Takeuchi M, Morita T, Kawakami K.	Practice patterns of medications for patients with malignant bowel obstruction using a nationwide claims database and the association between treatment outcomes and concomitant use of H ₂ -blockers/Proton pump inhibitors and corticosteroids with octreotide.	J Pain Symptom Manage	55(2)	413-419	2018
Hamano J, Morita T, Ikenaga M Abo H, Kizawa Y, Tsuneto S.	A nationwide survey about palliative sedation involving Japanese palliative care specialists: Intentions and key factors used to determine sedation as proportionally appropriate.	J Pain Symptom Manage	55(3)	785-791	2018
Mori M, Yoshida S, Shiozaki M, Morita T, Baba M, Aoyama M, Kizawa Y Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	"What I did for my loved one is more important than whether we talked about death": A nationwide survey of bereaved family members.	J Palliat Med	21(3)	335-341	2018
Hatano Y, Morita T, Otani H, Igarashi N, Shima Y, Miyashita M.	Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units.	J Palliat Med	21(3)	368-372	2018
Ishida M, Onishi H, Morita T, Uchitomi Y, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	Communication disparity between the bereaved and others: What hurts them and what is unhelpful? A nationwide study of the cancer bereaved.	J Pain Symptom Manage	55(4)	1061-1067	2018
Watanabe YS, Miura T, Okizaki A, Tagami K, Matsumoto Y, Fujimori M, Morita T, Kinoshita H.	Comparison of indicators for achievement of pain control with a personalized pain goal in a comprehensive cancer center.	J Pain Symptom Manage	55(4)	1159-1164	2018
Hanada R, Yokomichi N, Kato C, Miki K, Oyama S, Morita T, Kawahara R.	Efficacy and safety of reinfusion of concentrated ascetic fluid for malignant ascites: a concept-proof study.	Support Care Cancer	26(5)	1489-1497	2018
Mori M, Morita T, Yokomichi N, Nitto A, Takahashi N, Miyamoto S, Nishie H, Matsuoaka J, Sakurai H, Ishihara T, Tarumi Y, Ogawa A.	Validation of the Edmonton symptom assessment system: ascites modification.	J Pain Symptom Manage	55(6)	1557-1563,	2018

Hamano J, Morita T, Mori M, Uchitomi Y.	Talking about palliative sedation with the family: Informed consent vs. assent and a better framework for explaining potential risks.	J Pain Symptom Manage	56(3)	e5-e8	2018
Kako J, Morita T, Yamaguchi T, Kobayashi M, Sekimoto A, Kinoshita H, Ogawa A, Zenda S, Uchitomi Y, Inoguchi H, Matsushima E.	Fan therapy is effective in relieving dyspnea in patients with terminally ill cancer: A parallel-arm, randomized controlled trial.	J Pain Symptom Manage	56(4)	493-500	2018
Ogawa A, Kondo K, Takei H, Fujisawa D, Ohe Y, Akechi T.	Decision-Making Capacity for Chemotherapy and Associated Factors in Newly Diagnosed Patients with Lung Cancer.	The oncologist	23(4)	489-95	2018
Kako J Kobayashi M, Kanno Y, Ogawa A, Miura T, Matsushima Y.	The Optimal Cutoff Point for Expressing Revised Edmonton Symptom Assessment System Scores as Binary Data Indicating the Presence or Absence of Symptoms.	The American journal of hospice & palliative care.	35(11)	1390-1393.	
Ogawa A, Okumura Y, Fujisawa D, Takei H, Sasaki C, Hirai K, et al.	Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial.	Support Care Cancer.	PubMed		
Nakanishi M Okumura Y, Ogawa A.	Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals.	International Psychiatry.	:(7)	991-1000	
Sakata N, Okumura Y, Fushimi K, Nakanishi M, Ogawa A.	Dementia and Risk of 30-Day Readmission in Older Adults After Discharge from Acute Care Hospitals.	Journal of the American Geriatrics Society.	66(5)	871-8.	
○Hirooka K, Fukahori H, Takahashi K, Togari T, Ogawa A.	Quality of death, rumination, and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care.	Psychooncology		2017	
○Hirooka K, Fukahori H, Takahashi K, Togari T, Ogawa A.	Examining Posttraumatic Growth Among Bereaved Family Members of Patients With Cancer Who Received Palliative Care at Home.	Am J Hosp Palliat Care.		2017	

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
加藤雅志, 他	がんサバイバーシップとしての妊孕性温存への支援 がん専門相談員の立場から. ヘルスケアプロバイダーのためのがん・生殖医療.	メディカ出版		pp38-pp41	2019
加藤雅志, 他	緩和ケアチームセルフチェックプログラムの実施可能性に関する多施設調査.	Palliative Care Research	13(2)	195-200	2018
加藤雅志.	国の動向と担当者として考えていたこと 国の施策と行政の立場からの関わり. ホスピス緩和ケア白書2018.	青海社		pp2-5	2018
加藤雅志, 他	がん・生殖医療ハンドブック 短時間のうちに多くの意思決定を迫られる患者にどう関わる?—がん相談支援センターがん専門相談員の立場から.	メディカ出版		pp313-pp318	2017
加藤雅志.	緩和ケアと精神保健. 第6版精神保健福祉士養成セミナー第2巻 精神保健学・精神保健の課題と支援.	へるす出版,		pp164-179,	2017
加藤雅志.	緩和ケアとがん対策基本法	精神科	31(4)	275-280	2017
加藤雅志.	がん診療の地域医療連携の現状—積極的に参加しよう—	Medical Practice	Vol.34	24-29	2017
木澤義之他	緩和ケアの研修, 自己研鑽に関する若手医師の考え: 質問紙調査の自由記述の質的分析	ホスピス Palliat Care Res	13巻2号	175-179	2018
木澤義之	患者・家族の意向を尊重した意思決定支援、特にアドバンス・ケア・プランニング (ACP) について	看護	70巻7号	71-75	2018
木澤義之	ACPの国際学会に参加しました	緩和ケア	Vol.28No.4	313-314	2018
木澤義之	終末期の「推定意思」も重要	週間東洋経済	第6806号	P40	2018
木澤義之他	透析患者のがん末期の緩和ケアにおける薬物療法の関わり方	臨床透析	Vol.34No.10	73-78	2018
木澤義之他	緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか	Palliat Care Res	13巻3号	297-303	2018

木澤義之	人生の最期をどう過ごすかー人生の過ごし方や価値観にあった医療・ケアを実践するために	耳 SRL 宝函	Vol.39No.3	39-44	2018
木澤義之、長江弘子 他	【「生きる」を考える】人生の最終段階を見据えたアドバンス・ケア・プランニング	日本看護協会出版会		p 186-196	2017
木澤義之、小川朝生、 木澤義之、山本亮	【新版 がん緩和ケアガイドブック】エンド・オブ・ライフケア	青海社		p 95-105	2017
森田達也,他	「早期緩和ケア」「オンコロジーと緩和ケアの連携」「がんと診断されたときからの緩和ケア」のちがいを。	緩和ケア	28(1)	5-10	2018
森田達也.	診断時からの緩和ケアを成り立たせる臨床モデルは何か？.	緩和ケア	28(1)	11-16	2018.
森田達也,他	日本のがん疼痛とオピオイド量の真実 第3回 日本のがん患者の疼痛の頻度とPain Management Indexに関するメタ分析.	緩和ケア	28(1)	42-49	2018.
森田達也,他	落としてはいけないKey article第19回実臨床でどうしたらいいかわからないことを「心理実験」で明らかにする.	緩和ケア	28(1)	56-62	2018.
森田達也	緩和ケア口伝ー現場で広がるコツと御法度. 眠気にペモリン (とカフェイン) .	緩和ケア	28(2)	126-127	2018.
森田達也,他	落としてはいけないKey article第20回オキシコンチンの投与開始時にプロクロルペラジンの予防投与は効果がなさそうだ.	緩和ケア	28(2)	130-135	2018.
森田達也.	2. 緩和ケアにおける臨床研究A. 黎明期から現在まで. ホスピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法ーこれまでの10年これからの10年. (公益財団法人日本ホスピス他	東京	10-16	2018.
森田達也,他	緩和ケアの研修、自己研鑽に関する若手医師の考え : 質問紙調査の自由記述の質的分析.	Palliat Care Res	13(2)	175-179	2018.
森田達也,他	進行がん患者と家族の食に関する苦悩への緩和ケアと栄養サポート.	Palliat Care Res	13(2)	169-174	2018.
森田達也.	明るい面に目を向ける 希望はいいものだ.	緩和ケア	28(6月増刊)	7-9	2018.
森田達也.	遺族の声を臨床に生かすーJ-HOPE3研究 (多施設遺族調査) からの学びー 付帯20 終末期がん患者にみられる「故人やあの世をみた体験」に関する研究.	がん看護	23(5)	518-520	2018.
森田達也.	落としてはいけないKey article第22回AIと行動経済学は緩和ケアを変えるか？	緩和ケア	28(4)	302-308	2018.

森田達也,他	落としてはいけないKey article第23回ガイドラインにしたがって制吐剤を選択するのは意味がない？	緩和ケア	28(5)	384-389	2018.
森田達也,他	緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか.	Palliat Care Res	13(3)	297-303	2018.
小川朝生	認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業 認知症の緩和ケア.	日本精神科病院協会雑誌.	37(7)	44-9	2018.
小川朝生	急性期病院入院患者、認知症合併で治療アウトカム低下-多職種で支援するための教育プログラムを開発.	月刊薬事.	60(11)	9-11.	2018.
小川朝生	私の処方 せん妄.	Modern Physician.	38(8)	896.	2018.
小川朝生	5.何か見えるとって徘徊する(せん妄) .外来・病棟でよくみる精神症状対応マニュアル.	月刊薬事増刊号	60(10)	104-11	2018.
小川朝生	コンサルテーションは梁山泊だよ.	緩和ケア	28(6月増刊号)	134-6.	2018.
小川朝生	第3次がん対策推進基本計画について.	心と社会	49(2)	86-95.	2018.
小川朝生	うつ病・適応障害.	medicina.	55(11)	1756-8.	2018.
小川朝生	Non-convulsive status epilepticus(非けいれん性てんかん重積状態) .	緩和ケア	28(5)	367	2018.
小川朝生	認知症がん患者への対応.	新薬と臨牀.	67(11)	62-9.	2018.

2019年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中釜 斉

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利
いては以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究 (H29-がん対策一般-021)
3. 研究者名 (所属部局・職名) がん対策情報センター がん医療支援研究部
(氏名・フリガナ) 加藤 雅志 ・ カトウ マサシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年 5月 8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法 太 袖 河 大 学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 武田 廣

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び
いては以下のとおりです。

1. 研究事業名 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業)
2. 研究課題名 全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者 (医師・看護師)
調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究 (H29-がん対策-一般-021)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院・特命教授
(氏名・フリガナ) 木澤 義之・キザワ ヨシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年3月29日

厚生労働大臣 殿

機関名 聖隷三方原病院

所属研究機関長 職名 病院長

氏名 荻野 和功

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 平成30年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

2. 研究課題名 「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者（医師・看護師）
調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究（H29-がん対策一般-021）」

3. 研究者名（所属部局・職名） 緩和支援診療科・副院長
（氏名・フリガナ） 森田達也・モリタツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月 6日

厚生労働大臣 殿

機関名 東北大学
所属研究機関長 職名 総長
氏名 大野 英男

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 平成30年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
- 2. 研究課題名 「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者（医師・看護師）調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 宮下 光令・ミヤシタ ミツノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中釜 斉

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利用については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究 (H29-がん対策一般-021)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東病院 精神腫瘍科長
(氏名・フリガナ) 小川 朝生 ・ オカワ アサオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中釜 斉

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利
つについては以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究 (H29-がん対策-一般-021)
3. 研究者名 (所属部局・職名) がん対策情報センター がん医療支援研究部
(氏名・フリガナ) 中澤 葉宇子 ・ ナカハワ ヨリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

【添付資料1】医師の緩和ケアの変化に関する研究【表2-1】

表2 対象者背景 施設種別

	回答割合 n(%)														
	拠点病院				拠点以外の病院				診療所			全体			
	2008 (n=4826)	2015 (n=810)	2017 (n=4198)	P	2008 (n=23571)	2015 (n=1360)	2018 (n=2019)	P	2008 (n=20090)	2015 (n=550)	P	2008 (n=48487)	2015 (n=2720)	2017・8 拠点・非拠点 (n=6217)	P
年齢 mean(±SD)	42.4 (9.6)	41.8 (10.0)	42.0 (9.6)		45.3 (11.3)	44.2 (11.4)	49.2 (11.9)		57.7 (12.2)	56.0 (8.2)		50.1 (13.2)	45.9 (11.6)	44.4 (10.9)	
～29歳	458 (9)	78 (10)	410 (10)	0.095	1594 (7)	134 (10)	105 (5)	<.0001	18 (0)	0 (0)	0.187	2070 (4)	212 (8)	515 (8)	<.0001
30～39歳	1517 (31)	295 (36)	1417 (34)		6328 (27)	390 (29)	360 (18)		912 (5)	17 (3)		8757 (18)	702 (26)	1777 (29)	
40～49歳	1672 (35)	241 (30)	1396 (33)		7713 (33)	392 (29)	534 (26)		4651 (23)	103 (19)		14036 (29)	736 (27)	1930 (31)	
50～59歳	944 (20)	149 (18)	760 (18)		5190 (22)	295 (22)	598 (30)		6653 (33)	222 (40)		12787 (26)	666 (24)	1358 (22)	
60歳～	209 (4)	44 (5)	203 (5)		2600 (11)	142 (10)	418 (21)		7745 (39)	207 (38)		10554 (22)	393 (14)	621 (10)	
性別															
男性	4208 (87)	645 (80)	3317 (79)	<.0001	20236 (86)	1116 (82)	1614 (80)	<.0001	18517 (92)	498 (91)	0.056	42961 (89)	2259 (83)	4931 (79)	<.0001
女性	595 (12)	164 (20)	869 (21)		3203 (14)	238 (18)	398 (20)		1450 (7)	52 (9)		5248 (11)	454 (17)	1267 (20)	
主診療科															
内科	1270 (26)	212 (26)	1025 (24)	<.0001	8786 (37)	447 (33)	684 (34)	0.009	12992 (65)	323 (59)	0.746	23048 (48)	982 (36)	1709 (27)	<.0001
外科	1577 (33)	195 (24)	1041 (25)		7336 (31)	342 (25)	568 (28)		2454 (12)	54 (10)		11367 (23)	591 (22)	1609 (26)	
産科/婦人科	370 (8)	53 (7)	315 (8)		1334 (6)	71 (5)	79 (4)		897 (4)	11 (2)		2601 (5)	135 (5)	394 (6)	
泌尿器科	294 (6)	35 (4)	258 (6)		1408 (6)	64 (5)	115 (6)		852 (4)	30 (5)		2554 (5)	129 (5)	373 (6)	
眼科/耳鼻咽喉科	235 (5)	31 (4)	267 (6)		872 (4)	52 (4)	38 (2)		671 (3)	15 (3)		1778 (4)	98 (4)	305 (5)	
小児科	80 (2)	9 (1)	105 (3)		332 (1)	12 (1)	13 (1)		147 (1)	1 (0)		559 (1)	22 (1)	118 (2)	
麻酔科/緩和医療科	187 (4)	33 (4)	183 (4)		638 (3)	43 (3)	109 (5)		169 (1)	6 (1)		994 (2)	82 (3)	292 (5)	
放射線科	329 (7)	62 (8)	226 (5)		775 (3)	62 (5)	28 (1)		78 (0)	5 (1)		1182 (2)	129 (5)	254 (4)	
精神科	51 (1)	12 (1)	55 (1)		176 (1)	10 (1)	7 (0)		91 (0)	4 (1)		318 (1)	26 (1)	62 (1)	
その他	237 (5)	70 (9)	267 (6)		702 (3)	56 (4)	66 (3)		68 (0)	4 (1)		1007 (2)	130 (5)	333 (5)	
皮膚科	150 (3)	13 (2)	186 (4)		784 (3)	43 (3)	29 (1)		627 (3)	19 (3)		1561 (3)	75 (3)	215 (3)	
臨床経験年数															
～4年	512 (11)	88 (11)	408 (10)	0.000	1936 (8)	146 (11)	130 (6)	<.0001	111 (1)	4 (1)	0.047	2559 (5)	238 (9)	538 (9)	<.0001
5～9年	700 (15)	178 (22)	667 (16)		2991 (13)	222 (16)	212 (11)		340 (2)	7 (1)		4031 (8)	407 (15)	879 (14)	
10～19年	1725 (36)	275 (34)	1626 (39)		7434 (32)	409 (30)	458 (23)		2799 (14)	61 (11)		11958 (25)	745 (27)	2084 (34)	
20年～	1871 (39)	268 (33)	1487 (35)		11069 (47)	579 (43)	1208 (60)		16619 (83)	476 (87)		29559 (61)	1323 (49)	2695 (43)	
在宅診療経験															
有り	1141 (24)	147 (18)	579 (14)	<.0001	7310 (31)	287 (21)	540 (27)	<.0001	13969 (70)	362 (66)	0.081	22420 (46)	796 (29)	1119 (18)	<.0001
看取り患者数/年															
0人	703 (15)	187 (23)	1240 (30)	<.0001	3183 (14)	258 (19)	327 (16)	<.0001	7329 (36)	285 (52)	<.0001	11215 (23)	730 (27)	1567 (25)	<.0001
～9人	2538 (53)	444 (55)	2413 (57)		13989 (59)	812 (60)	1206 (60)		11151 (56)	239 (43)		27678 (57)	1495 (55)	3619 (58)	
10人～	1543 (32)	174 (21)	510 (12)		6161 (26)	287 (21)	471 (23)		1320 (7)	23 (4)		9024 (19)	484 (18)	981 (16)	
医療用麻薬を処方したがん患者数/年															
0人	642 (13)	117 (14)	938 (22)	<.0001	3679 (16)	219 (16)	326 (16)	0.024	7222 (36)	205 (37)	0.127	11543 (24)	541 (20)	1264 (20)	<.0001
～9人	1864 (39)	266 (33)	1715 (41)		12094 (51)	660 (49)	1039 (51)		6197 (31)	193 (35)		20155 (42)	1119 (41)	2754 (44)	
10人～	2120 (44)	392 (48)	1489 (35)		6382 (27)	423 (31)	629 (31)		520 (3)	23 (4)		9022 (19)	838 (31)	2118 (34)	
地域															
北海道	169 (4)	12 (1)	44 (1)	<.0001	1257 (5)	49 (4)	42 (2)	<.0001	524 (3)	8 (1)	0.235	1950 (4)	69 (3)	86 (1)	<.0001
東北	353 (7)	36 (4)	579 (14)		1572 (7)	45 (3)	236 (12)		1366 (7)	47 (9)		3291 (7)	128 (5)	815 (13)	
関東	1323 (27)	314 (39)	472 (11)		6524 (28)	298 (22)	335 (17)		4974 (25)	148 (27)		12821 (26)	760 (28)	807 (13)	
中部	936 (19)	134 (17)	1011 (24)		3591 (15)	99 (7)	328 (16)		3149 (16)	84 (15)		7676 (16)	317 (12)	1339 (22)	
関西	775 (16)	105 (13)	489 (12)		4373 (19)	413 (30)	393 (19)		4465 (22)	118 (21)		9613 (20)	636 (23)	882 (14)	
中国四国	664 (14)	176 (22)	1032 (25)		2679 (11)	288 (21)	378 (19)		2483 (12)	74 (13)		5826 (12)	538 (20)	1410 (23)	
九州沖縄	582 (12)	28 (3)	552 (13)		3407 (14)	155 (11)	303 (15)		2983 (15)	70 (13)		6972 (14)	253 (9)	855 (14)	

緩和ケア研修会を修了して - 585 (72) 3609 (86) <.0001 - 669 (49) 1438 (71) <.0001 - 135 (25) - 1389 (51) 5047 (81) <.0001

緩和ケアという言葉を知っているか

よく知っている	3053 (63)	558 (69)	2909 (69)	<.0001	11464 (49)	784 (58)	1396 (69)	<.0001	7539 (38)	259 (47)	<.0001	22056 (45)	1601 (59)	4305 (69)
ある程度は知っている	1649 (34)	239 (30)	1242 (30)		10913 (46)	531 (39)	600 (30)		10374 (52)	254 (46)		22936 (47)	1024 (38)	1842 (30)
聞いたことがある	104 (2)	13 (2)	32 (1)		1089 (5)	38 (3)	18 (1)		1937 (10)	31 (6)		3130 (6)	82 (3)	50 (1)
知らない	10 (0)	0 (0)	2 (0)		59 (0)	6 (0)	0 (0)		168 (1)	5 (1)		237 (0)	11 (0)	2 (0)

緩和医療・在宅診療に関わる意向 mean(±SD)

(range 1. 関わりたくない-4. 関わりたい)

がん患者の痛みの治療など苦痛を和らげる医療	3.3 (0.7)	3.3 (0.7)	3.3 (0.7)		3.2 (0.7)	3.2 (0.7)	3.3 (0.7)		2.9 (0.8)	2.9 (0.8)		3.1 (0.8)	3.2 (0.8)	3.3 (0.7)
				0.225				<.0001			0.550			<.0001
がん患者の精神的なサポートをする医療	3.0 (0.8)	3.0 (0.8)	3.0 (0.8)		2.9 (0.8)	3.0 (0.8)	3.0 (0.8)		2.8 (0.8)	2.8 (0.8)		2.9 (0.8)	2.9 (0.8)	3.0 (0.8)
				0.223				<.0001			0.569			<.0001
がん患者を、在宅で診療すること	2.5 (0.9)	2.5 (0.9)	2.5 (0.9)		2.5 (0.9)	2.5 (0.9)	2.5 (0.9)		2.7 (0.9)	2.7 (1.0)		2.6 (0.9)	2.5 (0.9)	2.5 (0.9)
				0.133				0.377			0.266			<.0001
がん患者を、主治医として、死亡まで診療すること	3.0 (0.9)	2.9 (0.9)	2.8 (0.9)		3.0 (0.9)	3.0 (0.9)	3.0 (0.8)		2.6 (0.9)	2.7 (1.0)		2.8 (0.9)	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)
				<.0001				0.001			0.360			<.0001

表3 緩和ケアに関する知識の変化 施設種別

	正答率																						
	拠点病院						拠点以外の病院						診療所			全体							
	2008 (n=4826)	2015 (n=810)	2017 (n=4198)	P	2008と 2017の 効果量 差	2008 (n=23571)	2015 (n=1360)	2018 (n=2019)	P	2008と 2017の 効果量 差	2008 (n=20090)	2015 (n=550)	P	2008と 2017の 効果量 差	2008 (n=48487)	2015 (n=2720)	2017-8 拠点・非拠点 (n=6217)	P	2008と 2017の 効果量 差				
理念	(range 0-100)																						
ドメイン平均(±SD)	94.3 (19.6)	97.1 (15.1)	96.5 (16.2)	<.0001	2.2	0.12	90.6 (25.0)	94.0 (20.9)	95.8 (17.5)	<.0001	5.2	0.25	79.3 (35.1)	88.7 (27.8)	<.0001	9.4	0.30	86.3 (29.8)	93.8 (21.3)	96.3 (16.7)	<.0001	10.0	0.43
ドメイン調整平均(±SE)	95.0 (1.1)	97.8 (1.2)	97.6 (1.1)	<.0001	2.6	0.13	90.2 (1.0)	92.7 (1.2)	95.1 (1.1)	<.0001	4.9	0.19	82.1 (1.8)	90.1 (2.4)	<.0001	8.0	0.21	88.9 (0.7)	92.4 (0.9)	92.6 (0.8)	<.0001	3.7	0.12
緩和ケアの対象は、がんに対する治療法のない患者のみである	94	97	96			90	92	94			78	88		85	93	95							
緩和ケアは、がんに対する治療と一緒に提供されない	94	96	95			90	94	94			78	89		85	93	95							
疼痛・オピオイド																							
ドメイン平均(±SD)	75.4 (23.7)	78.3 (22.6)	75.7 (23.5)	0.004	0.3	0.01	68.4 (25.8)	72.5 (25.4)	75.5 (23.8)	<.0001	7.2	0.29	52.0 (27.0)	62.0 (27.3)	<.0001	10.0	0.37	62.3 (27.6)	72.1 (25.6)	75.6 (23.6)	<.0001	13.3	0.52
ドメイン調整平均(±SE)	74.2 (1.3)	76.5 (1.5)	76.1 (1.3)	0.000	1.9	0.08	65.6 (1.0)	68.2 (1.2)	71.2 (1.1)	<.0001	5.6	0.22	53.0 (1.4)	61.0 (1.8)	<.0001	8.0	0.27	64.1 (0.6)	67.6 (0.8)	67.7 (0.7)	<.0001	3.6	0.12
疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすり眠れるようになることである	86	82	84			81	78	83			76	77		80	79	83							
がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾン(ベンタジン®・ソセゴン®)を積極的に使用すべきである	74	84	79			67	74	79			49	65		60	75	79							
医療用麻薬を使用するようになったら、非ステロイド性抗炎症鎮痛剤(NSAIDs、ロキソニン®、ボルタレン®等)は同時に使用しない	89	93	93			82	89	90			63	77		75	88	92							
医療用麻薬投与後にベンタゾン(ベンタジン・ソセゴン)やブプレノルフィン(レベタン)を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	65	69	60			57	61	61			32	39		48	59	61							
医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	79	81	77			70	76	77			48	63		62	75	77							
医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	57	57	57			50	51	55			39	46		46	52	56							
合計平均(±SD)	80.1 (19.5)	83.1 (18.6)	80.9 (19.5)	0.000	0.8	0.04	73.9 (22.0)	77.9 (21.5)	80.6 (19.6)	<.0001	6.7	0.32	58.8 (24.5)	68.7 (23.7)	<.0001	9.9	0.41	68.3 (24.3)	77.6 (21.8)	80.8 (19.5)	<.0001	12.5	0.57
合計調整平均(±SE)	79.4 (1.1)	81.8 (1.2)	81.5 (1.1)	<.0001	2.1	0.10	71.8 (0.8)	74.3 (1.0)	77.2 (0.9)	<.0001	5.5	0.25	60.3 (1.2)	68.3 (1.6)	<.0001	8.1	0.30	70.3 (0.5)	73.8 (0.7)	73.9 (0.6)	<.0001	3.6	0.23

2008: 日本医師会調査, 2015: 厚労科研加藤班

効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 性別, 医療従事期間, 看取り数, 医療用麻薬の処方数, 主診療科, 地域

表4 緩和ケアに関する困難感 施設種別

	平均値(±SD)																						
	拠点病院						拠点以外の病院						診療所						全体				
	2008 (n=4826)	2015 (n=810)	2017 (n=4198)	P	2008と 2017の差	効果量†	2008 (n=23571)	2015 (n=1360)	2018 (n=2019)	P	2008と 2017の差	効果量†	2008 (n=20090)	2015 (n=550)	P	2008と 2017の差	効果量†	2008 (n=48487)	2015 (n=2720)	2017-8 拠点・非拠点 (n=6217)	P	2008と 2017の差	効果量†
症状緩和	(range 1-4)																						
ドメイン平均(±SD)	2.9 (0.8)	2.9 (0.8)	3.0 (0.7)	<.0001	0.1	0.15	3.0 (0.7)	3.0 (0.8)	2.9 (0.8)	0.012	-0.1	0.07	3.0 (0.7)	3.0 (0.8)	0.574	0.0	0.02	3.0 (0.7)	3.0 (0.8)	3.0 (0.7)	0.371	0.0	0.01
ドメイン調整平均(±SE)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	0.451	0.0	0.02	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	3.1 (0.0)	0.114	0.0	0.03	2.9 (0.0)	3.0 (0.1)	0.372	0.0	0.04	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	0.410	0.0	0.01
疼痛の緩和のための知識や技術が不足している	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	2.9 (0.8)				2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	2.8 (0.9)				3.1 (0.8)	3.1 (0.9)				3.0 (0.9)	2.9 (0.9)	2.9 (0.8)			
疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術が不足している	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	3.0 (0.8)				2.8 (0.9)	2.9 (0.9)	2.8 (0.9)				2.8 (0.8)	2.9 (0.8)				2.8 (0.8)	2.9 (0.9)	2.9 (0.8)			
がん患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応に関する知識や技術が不足している	3.2 (0.8)	3.1 (0.8)	3.2 (0.8)				3.2 (0.8)	3.2 (0.8)	3.2 (0.8)				3.1 (0.8)	3.2 (0.8)				3.2 (0.8)	3.1 (0.8)	3.2 (0.8)			
患者・家族とのコミュニケーション	1.9 (0.7)	1.8 (0.8)	2.0 (0.8)	<.0001	0.1	0.17	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	0.002	-0.1	0.07	2.0 (0.7)	1.9 (0.7)	0.001	-0.1	0.15	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	1.9 (0.8)	<.0001	0.0	0.01
ドメイン平均(±SD)	1.9 (0.7)	1.8 (0.8)	2.0 (0.8)	<.0001	0.1	0.17	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	0.002	-0.1	0.07	2.0 (0.7)	1.9 (0.7)	0.001	-0.1	0.15	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	1.9 (0.8)	<.0001	0.0	0.01
ドメイン調整平均(±SE)	1.9 (0.0)	1.9 (0.0)	1.9 (0.0)	0.008	0.0	0.04	2.0 (0.0)	1.9 (0.0)	1.9 (0.0)	0.163	0.0	0.01	2.0 (0.0)	1.9 (0.1)	0.034	-0.1	0.09	2.0 (0.0)	1.9 (0.0)	2.0 (0.0)	0.001	0.0	0.02
がん患者への病状説明(告知など)に不安がある	1.7 (0.8)	1.8 (0.9)	1.9 (0.9)				1.8 (0.8)	1.8 (0.8)	1.8 (0.8)				1.9 (0.8)	1.8 (0.8)				1.9 (0.8)	1.8 (0.8)	1.8 (0.9)			
がん患者と死や死の可能性について話すことが負担である	2.0 (0.9)	2.0 (0.9)	2.1 (0.9)				2.0 (0.9)	2.0 (0.9)	2.0 (0.9)				2.0 (0.9)	1.9 (0.8)				2.0 (0.9)	2.0 (0.9)	2.1 (0.9)			
家族とのコミュニケーションやサポートに不安がある	1.8 (0.8)	1.8 (0.8)	2.0 (0.8)				1.9 (0.8)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)				1.9 (0.8)	1.8 (0.8)				1.9 (0.8)	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)			
専門家の支援	2.6 (0.9)	2.2 (0.8)	2.3 (0.8)	<.0001	-0.2	0.30	3.0 (0.8)	2.7 (0.9)	2.9 (0.9)	<.0001	-0.1	0.11	3.1 (0.8)	3.1 (0.8)	0.036	-0.1	0.09	3.0 (0.8)	2.6 (0.9)	2.5 (0.9)	<.0001	-0.5	0.59
ドメイン平均(±SD)	2.6 (0.9)	2.2 (0.8)	2.3 (0.8)	<.0001	-0.2	0.30	3.0 (0.8)	2.7 (0.9)	2.9 (0.9)	<.0001	-0.1	0.11	3.1 (0.8)	3.1 (0.8)	0.036	-0.1	0.09	3.0 (0.8)	2.6 (0.9)	2.5 (0.9)	<.0001	-0.5	0.59
ドメイン調整平均(±SE)	2.5 (0.1)	2.1 (0.1)	2.2 (0.1)	<.0001	-0.3	0.27	2.9 (0.0)	2.5 (0.0)	2.8 (0.0)	<.0001	-0.1	0.06	2.9 (0.0)	2.8 (0.1)	0.050	-0.1	0.08	2.7 (0.0)	2.4 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.2	0.16
疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援を得ることが難しい	2.4 (1.0)	2.0 (0.8)	2.2 (0.9)				2.9 (1.0)	2.5 (1.0)	2.7 (1.0)				3.1 (0.9)	3.0 (0.9)				2.9 (1.0)	2.5 (1.0)	2.3 (1.0)			
疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援を得ることが難しい	2.4 (0.9)	2.1 (0.9)	2.3 (0.9)				2.9 (1.0)	2.6 (0.9)	2.8 (1.0)				3.0 (0.9)	3.0 (0.9)				2.9 (0.9)	2.5 (1.0)	2.4 (0.9)			
こころの問題の専門家の助言や支援を得ることが難しい	2.9 (1.0)	2.4 (1.0)	2.5 (0.9)				3.3 (0.9)	2.9 (1.0)	3.2 (0.9)				3.4 (0.8)	3.3 (0.9)				3.3 (0.9)	2.8 (1.0)	2.8 (1.0)			
合計平均(±SD)	2.4 (0.6)	2.3 (0.5)	2.4 (0.5)	<.0001	0.0	0.01	2.6 (0.5)	2.5 (0.5)	2.6 (0.5)	<.0001	-0.1	0.12	2.7 (0.5)	2.7 (0.6)	0.028	-0.1	0.10	2.6 (0.6)	2.5 (0.6)	2.5 (0.5)	<.0001	-0.2	0.30
合計調整平均(±SE)	2.5 (0.0)	2.3 (0.0)	2.4 (0.0)	<.0001	-0.1	0.14	2.6 (0.0)	2.5 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	0.0	0.03	2.6 (0.0)	2.6 (0.0)	0.132	0.0	0.07	2.6 (0.0)	2.4 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.1	0.08

2008: 日本医師会調査, 2015: 厚労科研加藤班

効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 性別, 医療従事期間, 看取り数, 医療用麻薬の処方数, 主診療科, 地域

【添付資料1】医師の緩和ケアの変化に関する研究【表5】

表5 がん診療の実施状況 (2017-18)

	平均値(±SD)			P
	全体 (n=6317)	拠点病院 (n=4198)	拠点病院以外 の病院 (n=2019)	
がん診療について(range 1-6)				
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療している	4.4 (1.3)	4.3 (1.3)	4.4 (1.2)	<.0001
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用している	4.8 (1.4)	4.7 (1.5)	5.0 (1.3)	<.0001
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応している	4.4 (0.9)	4.4 (0.9)	4.5 (0.9)	0.011
○患者の診療は多職種チームで対応している	5.0 (0.9)	5.1 (0.9)	4.8 (1.1)	<.0001
○療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞いている	4.6 (1.1)	4.6 (1.1)	4.7 (1.0)	<.0001
○がんでも希望すれば、最後まで在宅で過ごせると考える	4.8 (1.1)	4.7 (1.1)	4.8 (1.0)	0.001
○患者のQOL(Quality Of Life)の維持向上に努めている	4.8 (0.8)	4.8 (0.8)	4.8 (0.8)	0.008
○患者に日常生活の状況を尋ねるようにしている	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	0.058
○患者の経済状況について確認している	4.0 (1.1)	4.0 (1.1)	4.0 (1.1)	0.017
○疾患が患者の就労や就学に与える影響について配慮している	4.3 (1.0)	4.3 (1.0)	4.3 (1.0)	0.025
○がんと診断された就労中の患者に対して、あわてて退職しないように声かけをしている	4.0 (1.3)	4.0 (1.3)	4.1 (1.3)	0.001
○就労中の患者については、患者の仕事内容を確認し、仕事に影響がありそうな副作用や今後の治療計画について説明している	4.3 (1.1)	4.3 (1.1)	4.4 (1.1)	0.005
○就労中の患者については、勤務先の産業保健スタッフ(産業医)に、就労を継続していくために必要な情報を提供している	3.1 (1.3)	3.1 (1.3)	3.1 (1.3)	0.580
○生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある	3.7 (1.5)	3.8 (1.4)	3.6 (1.5)	<.0001
○患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性およびそれに関する情報を患者に伝えている	3.9 (1.5)	4.0 (1.4)	3.7 (1.5)	<.0001
具体的な診療内容について(range 1-6)				
○がん疼痛のある患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	0.872
○がん疼痛のある患者に対して、あるオピオイドを一定量投与しても効果がないときは、異なるオピオイドを使用することを検討している	5.0 (0.9)	5.0 (0.9)	4.9 (1.0)	0.213
○オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合(突出痛)には、定期量の6分の1を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.1 (1.0)	0.261
○オピオイドを内服しているがん患者には、具体的な鎮痛薬の使用方法(定期的な服用や、突出痛がある場合のレスキュー薬の服用など)について説明を行っている	5.0 (0.9)	5.0 (1.0)	5.1 (0.9)	0.003
○神経障害の疼痛(神経叢浸潤・脊髄浸潤など、びりびり電気が走るようなしびれる・じんじんする痛み)に対しては、プレガバリン、アミトリプチロンなどの鎮痛補助薬を投与している	4.7 (1.1)	4.7 (1.1)	4.7 (1.2)	0.087
○薬物療法でがん疼痛が緩和しない場合には、神経ブロックの適応があるかを緩和ケア医や麻酔医に相談している	4.1 (1.3)	4.2 (1.2)	3.8 (1.3)	<.0001
○がん病巣が存在することに伴う疼痛に対して、放射線治療の適応について放射線治療医に紹介をしている	4.8 (1.1)	5.0 (1.0)	4.5 (1.3)	<.0001
○NRS(Numerical Rating Scale)などの疼痛の評価ツールを用いている	4.3 (1.3)	4.3 (1.3)	4.3 (1.4)	0.124
○酸素吸入や輸液の減量などをして緩和しない呼吸困難があるがん患者に対して、モルヒネなどのオピオイドを持続投与することを検討している	4.9 (1.0)	4.9 (1.0)	4.9 (1.0)	0.884
○手術不可能な消化管閉塞のあるがん患者に対して、オクトレオチドの投与を行うことを検討している	4.3 (1.4)	4.3 (1.4)	4.3 (1.4)	0.309
○生命予後が1~2週間程度と考えられ、performance statusが悪く(3~4)、経口摂取が十分できないがん患者に対して、高カロリー輸液は行わない	5.1 (1.0)	5.1 (1.1)	5.2 (1.0)	0.001
○生命予後が1カ月程度と考えられ、経口的な水分摂取ができず、輸液を受けているがん患者に対して、がん性腹水による苦痛が増悪する場合、輸液は1000ml/日以下にしている	5.1 (1.0)	5.0 (1.0)	5.2 (0.9)	<.0001
○がん術後の患者に対して、QOLの改善のために運動療法の指示をしている	4.3 (1.2)	4.3 (1.2)	4.4 (1.2)	<.0001
○続発性リンパ浮腫に対して、弾性包帯による圧迫療法を行っている(指示している)	4.2 (1.2)	4.2 (1.2)	4.2 (1.2)	0.765
○死別後の悲嘆が強くなることが予想される家族には、精神科やカウンセリングなどの専門的な支援を紹介することを検討している	4.0 (1.2)	4.1 (1.2)	3.8 (1.3)	<.0001
○主治医だった患者の遺族から、気持ちのつらさについて、死亡から時間が経過して相談があったとき、傾聴するなどの対応を行っている	4.2 (1.2)	4.3 (1.2)	4.2 (1.3)	0.233
○せん妄を診断したとき、まず原因を想定しての治療に取り組むようにしている	4.5 (1.0)	4.5 (1.0)	4.5 (1.0)	0.690
○死が近い時期では、家族に病状の認識を確認し、看取りに向けた準備ができるよう今後の見通しについて説明をしている	5.0 (0.9)	4.9 (0.9)	5.1 (0.8)	<.0001
○看取りに際し、家族へのねぎらいの言葉をかけるようにしている	4.9 (0.9)	4.8 (0.9)	5.0 (0.9)	<.0001
○終末期の患者が、改善できない耐え難い苦痛にあるとき、苦痛緩和を目的とした鎮静を行うことを検討している	5.0 (0.9)	5.0 (0.9)	5.1 (0.8)	<.0001
○鎮静などの倫理的な問題について検討する時は、緩和ケアの専門家を含む多職種チームにより検討している	4.5 (1.2)	4.7 (1.1)	4.2 (1.4)	<.0001
○鎮静を行う場合は、患者・家族への説明を十分に行い、意思確認を行っている	5.1 (1.2)	5.1 (1.3)	5.1 (0.8)	0.016
○終末期の方針決定において、必要に応じて、患者本人と多職種の医療従事者で構成される医療チームとの間で十分な話し合いを行っている	4.6 (1.1)	4.7 (1.0)	4.4 (1.2)	<.0001
○終末期の方針決定において、医療・ケア行為の開始、内容の変更、中止等は、必要に応じて多職種で構成される医療チームによって医学的妥当性と適切性を基に判断している	4.5 (1.1)	4.6 (1.0)	4.4 (1.2)	<.0001
○終末期の方針決定において、患者の意思が確認できる場合、患者の意思は変化しうるものとして、患者が自らの意思をいつでも示すことができることを伝えている	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	4.9 (0.9)	0.006
○終末期の方針決定において、患者本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる人を含めて、患者との話し合いを繰り返し行っている	4.7 (0.9)	4.7 (0.9)	4.8 (1.0)	0.480

【添付資料2】看護師の緩和ケアの変化に関する研究【表2-1】

表2 対象者背景 施設種別

	回答割合 n(%)														
	拠点病院				拠点以外の病院				訪問看護			全体			
	2008 (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	P	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	P	2008 (n=198)	2015 (n=520)	P	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2017・8 拠点・非拠点	P
年齢															
～29歳	527 (35)	698 (24)	2167 (29)	<.0001	258 (26)	24 (9)	952 (15)	<.0001	9 (5)	5 (1)	<.0001	794 (29)	727 (20)	3119 (22)	<.0001
30～39歳	558 (37)	1039 (36)	2326 (31)		325 (32)	92 (33)	1768 (27)		68 (34)	100 (20)		951 (35)	1231 (34)	4094 (29)	
40～49歳	279 (19)	788 (27)	1984 (26)		251 (25)	82 (29)	2348 (36)		77 (39)	215 (42)		607 (22)	1085 (30)	4332 (31)	
50～59歳	126 (8)	330 (11)	982 (13)		156 (16)	60 (22)	1306 (20)		41 (21)	161 (32)		323 (12)	551 (15)	2288 (16)	
60歳～	3 (0)	21 (1)	38 (1)		5 (1)	21 (8)	156 (2)		1 (1)	27 (5)		9 (0)	69 (2)	194 (1)	
性別															
男性	27 (5)	122 (21)	438 (75)	<.0001	22 (2)	12 (4)	366 (6)	<.0001	3 (2)	11 (2)	0.589	52 (2)	145 (4)	804 (6)	<.0001
女性	1456 (97)	2755 (96)	7059 (94)		967 (97)	266 (95)	6163 (94)		193 (97)	497 (97)		2616 (97)	3518 (96)	13222 (94)	
看護教育の学歴															
専門学校	938 (62)	2068 (72)	4438 (59)	<.0001	919 (92)	261 (94)	5416 (83)	<.0001	153 (77)	450 (88)	0.011	2010 (74)	2779 (76)	9854 (70)	<.0001
短大	337 (22)	267 (9)	868 (12)		67 (7)	12 (4)	498 (8)		42 (21)	43 (8)		446 (16)	322 (9)	1366 (10)	
大学	214 (14)	493 (17)	2003 (27)		13 (1)	5 (2)	534 (8)		2 (1)	15 (3)		229 (8)	513 (14)	2537 (18)	
大学院	10 (1)	47 (2)	190 (3)		1 (0)	0 (0)	60 (1)		1 (1)	1 (0)		12 (0)	48 (1)	250 (2)	
臨床経験年数															
～4年	253 (17)	284 (10)	1041 (14)	<.0001	110 (11)	13 (5)	473 (7)	<.0001	15 (8)	29 (6)	0.001	378 (14)	326 (9)	1514 (11)	<.0001
5～9年	456 (30)	724 (25)	1759 (23)		273 (27)	48 (17)	1116 (17)		34 (17)	66 (13)		763 (28)	838 (23)	2875 (20)	
10～14年	301 (20)	618 (21)	1421 (19)		170 (17)	54 (19)	1036 (16)		47 (24)	84 (16)		518 (19)	756 (21)	2457 (17)	
15～19年	191 (13)	415 (14)	1057 (14)		131 (13)	44 (16)	1184 (18)		44 (22)	115 (23)		366 (14)	574 (16)	2241 (16)	
20年～	301 (20)	834 (29)	2216 (29)		314 (31)	119 (43)	2715 (42)		58 (29)	215 (42)		673 (25)	1168 (32)	4931 (35)	
所属施設の勤務年数															
平均(±SD)	11.3 (8.2)	11.5 (8.7)	11.0 (8.9)	0.038	12.6 (8.8)	11.5 (9.3)	11.4 (8.9)	0.001	14.0 (7.0)	7.3 (6.3)	<.0001	12.0 (8.4)	10.9 (8.6)	11.2 (8.9)	<.0001
ホスピス緩和ケア病棟の経験															
無し	913 (91)	263 (94)	5540 (85)	<.0001	913 (91)	263 (94)	5540 (85)	<.0001	185 (93)	487 (95)	0.744	2482 (92)	3306 (90)	12434 (89)	<.0001
～4年	50 (5)	7 (3)	626 (10)		50 (5)	7 (3)	626 (10)		10 (5)	13 (3)		139 (5)	230 (6)	1007 (7)	
5～9年	24 (2)	3 (1)	233 (4)		24 (2)	3 (1)	233 (4)		1 (1)	3 (1)		55 (2)	89 (2)	422 (3)	
10～14年	7 (1)	0 (0)	83 (1)		7 (1)	0 (0)	83 (1)		0 (0)	0 (0)		11 (0)	18 (0)	113 (1)	
15年～	4 (0)	1 (0)	43 (1)		4 (0)	1 (0)	43 (1)		0 (0)	2 (0)		6 (0)	7 (0)	58 (0)	
訪問看護の経験															
無し	1477 (98)	2792 (97)	7354 (98)	0.016	940 (94)	259 (93)	6070 (93)	0.245	1 (1)	6 (1)	0.000	2418 (89)	3057 (83)	13424 (96)	<.0001
～4年	19 (1)	66 (2)	120 (2)		42 (4)	14 (5)	342 (5)		84 (42)	180 (35)		145 (5)	260 (7)	462 (3)	
5～9年	6 (0)	9 (0)	20 (0)		11 (1)	3 (1)	64 (1)		68 (34)	138 (27)		85 (3)	150 (4)	84 (1)	
10～14年	1 (0)	6 (0)	8 (0)		0 (0)	0 (0)	33 (1)		39 (20)	113 (22)		40 (1)	119 (3)	41 (0)	
15年～	1 (0)	2 (0)	5 (0)		2 (0)	1 (0)	14 (0)		6 (3)	68 (13)		9 (0)	71 (2)	19 (0)	
今までに経験したがん患者数															
1～9人	124 (8)	135 (5)	197 (3)	<.0001	115 (11)	62 (22)	367 (6)	<.0001	21 (11)	84 (16)	0.131	260 (10)	281 (8)	564 (4)	<.0001
10～49人	326 (22)	416 (14)	1057 (14)		333 (33)	111 (40)	1428 (22)		88 (44)	225 (44)		747 (28)	752 (21)	2485 (18)	
50～99人	297 (20)	456 (16)	1271 (17)		232 (23)	45 (16)	1409 (22)		52 (26)	109 (21)		581 (21)	610 (17)	2680 (19)	
100人～	760 (50)	1872 (65)	4989 (66)		322 (32)	61 (22)	3329 (51)		37 (19)	92 (18)		1119 (41)	2025 (55)	8318 (59)	
今までに経験した終末期がん患者数															
0人	16 (1)	64 (2)	110 (1)	0.041	8 (1)	5 (2)	79 (1)	<.0001	0 (0)	5 (1)	0.200	24 (1)	74 (2)	189 (1)	<.0001
1～9人	189 (13)	354 (12)	1006 (13)		147 (15)	88 (32)	921 (14)		34 (17)	121 (24)		370 (14)	563 (15)	1927 (14)	
10～49人	599 (40)	989 (34)	2768 (37)		460 (46)	115 (41)	2425 (37)		110 (56)	256 (50)		1169 (43)	1360 (37)	5193 (37)	
50～99人	328 (22)	645 (22)	1698 (23)		197 (20)	43 (15)	1453 (22)		36 (18)	75 (15)		561 (21)	763 (21)	3151 (22)	
100人～	369 (24)	801 (28)	1902 (25)		185 (18)	26 (9)	1620 (25)		16 (8)	48 (9)		570 (21)	875 (24)	3522 (25)	

2008: OPTIM研究介入前データ(Sato K, 2014JJCO), 2015: 厚労科研加藤班

【添付資料2】看護師の緩和ケアの変化に関する研究【表3-1】

表3-1 緩和ケアに関する知識 施設種別

	正答率 number(%)																						
	拠点病院					拠点以外の病院					訪問看護ステーション					全体							
	2008 (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	P	2008と 2017の 差	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	P	2008と 2017の 差	2008 (n=198)	2015 (n=520)	P	効果量†	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2017-8 (拠点・非拠点) (n=14047)	P	2008と 2017の 差	効果量†			
理念	(range 0-100)																						
	ドメイン平均(±SD)	89.8 (25)	88.7 (27)	90.1 (25)	0.038	0.4	0.01	83.5 (30)	79.8 (35)	85.5 (30)	0.002	2.0	0.07	90.2 (23)	87.5 (29)	0.215	0.10	87.5 (27.3)	87.9 (27.8)	88.0 (27.4)	0.7022	0.5	0.02
	ドメイン調整平均(±SE)	91.5 (1)	90.2 (1)	91.4 (0)	0.075	-0.1	0.00	86.2 (1)	84.5 (2)	87.5 (1)	0.142	1.3	0.08	94.8 (4)	92.6 (4)	0.364	0.08	90.5 (0.7)	89.3 (0.6)	90.9 (0.5)	0.0172	0.4	0.02
緩和ケアの対象は、根治的治療のない患者のみである(誤)		89	91	92		85	81	88		90	88		88	88		88	90	90					
緩和ケアは、がんに対する治療と一緒に進められない(誤)		88	85	87		80	76	82		89	85		85	85		85	84	85					
疼痛・オピオイド	ドメイン平均(±SD)	56.5 (28)	65.9 (27)	60.4 (27)	<.0001	3.9	0.14	46.0 (27)	41.0 (27)	55.4 (29)	<.0001	9.4	0.33	52.2 (29)	52.4 (28)	0.910	0.01	52.3 (28.3)	62.2 (28.3)	58.1 (28.4)	<.0001	5.8	0.20
	ドメイン調整平均(±SE)	62.6 (1)	70.0 (1)	64.6 (0)	<.0001	2.0	0.08	55.8 (1)	54.1 (2)	61.8 (1)	<.0001	6.0	0.45	61.9 (4)	62.5 (4)	0.815	-0.02	58.7 (0.7)	65.5 (0.6)	62.1 (0.5)	<.0001	3.5	0.13
疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすり眠れるようになることである(正)		76	79	77		71	66	71		78	73		74	77		74	77	74					
がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)を積極的に使用する		59	72	68		53	50	64		56	54		57	68		57	68	66					
医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬は同時に使用しない(誤)		60	78	72		40	42	66		59	64		53	73		53	73	69					
医療用麻薬投与後にベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)やブプレノルフィン(レベタン®)を投与する		48	56	46		38	29	38		24	21		43	49		43	49	42					
医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる(誤)		50	62	53		41	30	49		55	57		47	59		47	59	52					
医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない(正)		42	45	44		31	25	41		41	43		38	43		38	43	43					
呼吸	ドメイン平均(±SD)	65.8 (21)	70.3 (20)	69.4 (19)	<.0001	3.6	0.18	59.3 (22)	54.5 (23)	67.8 (21)	<.0001	8.5	0.39	63.0 (20)	64.6 (22)	0.367	0.08	63.2 (21.8)	68.3 (21.0)	68.7 (20.1)	<.0001	5.5	0.26
	ドメイン調整平均(±SE)	69.4 (1)	73.4 (0)	72.9 (0)	<.0001	3.5	0.18	65.0 (1)	63.2 (1)	72.2 (0)	<.0001	7.2	0.70	65.2 (3)	67.8 (3)	0.165	0.12	67.9 (0.5)	72.1 (0.4)	72.9 (0.4)	<.0001	5.0	0.25
がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげられる(正)		65	79	80		55	46	71		54	63		61	74		61	74	76					
疼痛に対して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加		19	21	16		14	9	19		16	19		17	20		17	20	18					
患者の息苦しさは酸素飽和度は比例する(誤)		77	79	81		67	61	79		81	75		73	77		73	77	80					
死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬(臭化水素酸スコポラミン(ハイスコ®)や臭化ブチ		99	99	99		99	98	99		99	98		99	99		99	99	99					
せん妄	ドメイン平均(±SD)	55.5 (24)	59.1 (24)	55.7 (25)	<.0001	0.3	0.01	53.5 (24)	48.8 (24)	57.5 (26)	<.0001	3.9	0.16	57.7 (25)	62.0 (24)	0.036	0.18	54.9 (24.0)	58.7 (24.6)	56.5 (25.3)	<.0001	1.6	0.07
	ドメイン調整平均(±SE)	62.8 (1)	65.1 (1)	62.1 (0)	<.0001	-0.7	0.03	62.3 (1)	60.3 (2)	63.9 (1)	0.011	1.6	0.13	60.4 (4)	64.8 (4)	0.039	0.17	64.9 (0.6)	67.6 (0.5)	65.3 (0.5)	<.0001	0.4	0.02
死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが苦痛が少なくなることがある(正)		28	38	37		28	29	40		44	59		29	40		29	40	38					
がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い(正→誤)		98	99	99		99	99	99		99	99		99	99		99	99	99					
死亡直前に苦痛をやわらげる方法が、鎮静(持続的な鎮静薬の投与)以外にはない患者がいる(正)		36	38	35		32	26	38		30	31		34	36		34	36	36					
終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い(誤)		55	58	50		52	37	51		54	55		54	56		54	56	50					
消化器症状	ドメイン平均(±SD)	53.3 (29)	63.7 (28)	59.2 (30)	<.0001	5.9	0.20	51.1 (29)	46.8 (30)	61.0 (30)	<.0001	9.9	0.34	53.3 (29)	63.6 (29)	<.0001	0.35	52.5 (29.1)	62.4 (28.9)	60.0 (29.9)	<.0001	7.5	0.26
	ドメイン調整平均(±SE)	58.7 (1)	67.6 (1)	63.9 (1)	<.0001	5.2	0.18	57.9 (1)	57.1 (2)	65.4 (1)	<.0001	7.4	0.52	54.7 (5)	65.3 (4)	<.0001	0.35	59.4 (0.7)	68.1 (0.6)	65.7 (0.5)	<.0001	6.3	0.22
がんの終末期では、腫瘍による消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする(誤)		54	58	49		53	42	52		58	64		54	58		54	58	50					
末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである(誤)		60	78	75		60	64	78		64	77		60	77		60	77	77					
ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する(正)		51	64	60		43	32	56		49	62		48	61		48	61	58					
死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない(正)		46	52	52		46	46	56		41	48		46	51		46	51	53					
	合計平均(±SD)	60.8 (18)	67.3 (18)	64.0 (19)	<.0001	3.2	0.17	54.9 (18)	50.3 (20)	62.4 (21)	<.0001	7.5	0.39	59.4 (19)	62.5 (20)	0.059	0.16	58.5 (18.4)	65.3 (19.2)	63.3 (19.5)	<.0001	4.8	0.25
	合計調整平均(±SE)	66.1 (1)	71.2 (0)	68.3 (0)	<.0001	2.2	0.13	62.4 (1)	60.8 (1)	67.6 (0)	<.0001	5.2	0.57	64.1 (3)	67.5 (3)	0.035	0.18	65.1 (0.4)	70.1 (0.4)	68.5 (0.3)	<.0001	3.5	0.20

2008: OPTIM研究介入前データ(Sato K, 2014JJCO), 2015: 厚労科加藤藤班

効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看取り経験の有無で調整

d12 d14: エビデンス再構築により正解の変更が生じたため、全ての回答を正答とした

表4-1 緩和ケアに関する困難感 施設種別

	mean(SD)																						
	拠点病院					拠点以外の病院						訪問看護ステーション				全体							
	2008* (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	P	2008と 2017の 差	効果量†	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	P	2008と 2017の 差	効果量†	2008 (n=198)	2015 (n=520)	P	効果量†	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2017-8 (拠点・非拠点) (n=14047)	P	2008と 2017の 差	効果量†	
症状緩和	(range 1-5)																						
	ドメイン平均(±SD)	3.5 (0.9)	3.1 (0.9)	3.1 (0.9)	<.0001	-0.33	0.38	3.6 (0.8)	3.5 (0.8)	3.2 (0.9)	<.0001	-0.33	0.39	3.5 (0.8)	3.2 (0.9)	<.0001	0.35	3.5 (0.8)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)	<.0001	-0.32	0.37
	ドメイン調整平均(±SD)	3.3 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.30	0.35	3.4 (0.0)	3.2 (0.1)	3.1 (0.0)	<.0001	-0.25	0.58	3.4 (0.1)	3.1 (0.1)	0.001	0.29	3.3 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.28	0.32
	がん性疼痛を緩和する方法に関する知識が不足している	3.4 (0.9)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)			3.5 (0.9)	3.4 (0.8)	3.2 (0.9)			3.5 (0.8)	3.2 (1.0)				3.5 (0.9)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)				
	呼吸困難や消化器症状を緩和する方法に関する知識が不足している	3.5 (0.9)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)			3.5 (0.9)	3.4 (0.9)	3.2 (0.9)			3.4 (0.9)	3.2 (0.9)				3.5 (0.9)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)				
	症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	3.5 (1.1)	3.0 (1.1)	3.0 (1.1)			3.8 (1.0)	3.6 (1.0)	3.2 (1.1)			3.6 (1.0)	3.2 (1.1)				3.6 (1.1)	3.1 (1.1)	3.1 (1.1)				
専門家の支援	ドメイン平均(±SD)	2.5 (1.2)	1.8 (0.9)	1.9 (0.9)	<.0001	-0.67	0.63	3.7 (1.1)	3.7 (1.3)	2.8 (1.3)	<.0001	-0.89	0.74	3.3 (1.2)	3.1 (1.2)	0.021	0.20	3.0 (1.3)	2.2 (1.2)	2.3 (1.2)	<.0001	-0.73	0.58
	ドメイン調整平均(±SD)	2.4 (0.0)	1.8 (0.0)	1.8 (0.0)	<.0001	-0.63	0.66	3.4 (0.1)	3.3 (0.1)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.85	1.31	3.4 (0.2)	3.2 (0.2)	0.083	0.14	3.1 (0.0)	2.5 (0.0)	2.4 (0.0)	<.0001	-0.71	0.63
	症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	2.6 (1.3)	1.9 (1.1)	1.9 (1.0)			3.7 (1.1)	3.7 (1.3)	2.9 (1.3)			3.6 (1.2)	3.2 (1.2)				3.1 (1.3)	2.3 (1.3)	2.4 (1.3)				
	症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	2.3 (1.4)	1.6 (0.9)	1.6 (0.9)			3.7 (1.3)	3.7 (1.5)	2.7 (1.5)			3.4 (1.3)	3.2 (1.4)				2.9 (1.5)	2.0 (1.3)	2.1 (1.3)				
	□在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できるところがない	2.6 (1.3)	2.1 (1.1)	2.1 (1.1)			3.6 (1.2)	3.6 (1.3)	2.8 (1.4)			3.1 (1.3)	2.9 (1.3)				3.0 (1.4)	2.3 (1.3)	2.4 (1.3)				
医療者間のコミュニケーション	ドメイン平均(±SD)	3.0 (1.0)	2.6 (1.0)	2.5 (1.0)	<.0001	-0.44	0.43	3.3 (1.0)	3.2 (1.2)	2.8 (1.1)	<.0001	-0.46	0.44	3.3 (1.0)	2.8 (1.0)	<.0001	0.45	3.1 (1.0)	2.6 (1.0)	2.7 (1.0)	<.0001	-0.44	0.43
	ドメイン調整平均(±SD)	2.9 (0.0)	2.5 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.41	0.40	3.1 (0.0)	3.0 (0.1)	2.7 (0.0)	<.0001	-0.45	0.83	3.5 (0.2)	3.1 (0.2)	<.0001	0.42	3.0 (0.0)	2.7 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	-0.44	0.41
	□医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	3.0 (1.1)	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)			3.3 (1.1)	3.3 (1.2)	2.8 (1.2)			3.3 (1.1)	2.9 (1.1)				3.1 (1.1)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)				
	□医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難	3.0 (1.1)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)			3.3 (1.1)	3.2 (1.2)	2.9 (1.1)			3.2 (1.1)	2.8 (1.1)				3.2 (1.1)	2.7 (1.1)	2.7 (1.1)				
	□医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難	2.9 (1.1)	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)			3.2 (1.1)	3.2 (1.2)	2.8 (1.1)			3.3 (1.1)	2.7 (1.1)				3.0 (1.1)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)				
患者・家族とのコミュニケーション	ドメイン平均(±SD)	3.2 (0.9)	3.0 (1.0)	3.0 (0.9)	<.0001	-0.18	0.19	3.3 (0.9)	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	<.0001	-0.26	0.28	3.3 (0.9)	2.9 (0.9)	<.0001	0.38	3.3 (0.9)	3.0 (1.0)	3.1 (1.0)	<.0001	-0.21	0.22
	ドメイン調整平均(±SD)	3.1 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.14	0.15	3.2 (0.0)	3.0 (0.1)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.18	0.39	3.2 (0.1)	2.8 (0.1)	<.0001	0.37	3.1 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.17	0.18
	□患者から、不安を表出されたとき、対応が難しい	3.1 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)			3.3 (0.9)	3.1 (1.0)	3.0 (1.0)			3.2 (1.0)	2.8 (0.9)				3.2 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)				
	□家族から、不安を表出されたとき、対応が難しい	3.1 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)			3.2 (0.9)	3.2 (1.0)	3.0 (1.0)			3.2 (1.0)	2.8 (0.9)				3.2 (1.0)	2.9 (1.0)	3.0 (1.0)				
	□患者が悪い知らせ(告知など)を受けた後、声のかけ方が難しい	3.4 (1.1)	3.3 (1.1)	3.3 (1.1)			3.5 (1.0)	3.4 (1.1)	3.3 (1.1)			3.4 (1.1)	3.1 (1.1)				3.5 (1.1)	3.3 (1.1)	3.3 (1.1)				
地域連携	ドメイン平均(±SD)	3.0 (1.2)	2.4 (1.1)	2.3 (1.0)	<.0001	-0.78	0.72	3.2 (1.1)	2.9 (1.3)	2.5 (1.1)	<.0001	-0.71	0.63	2.9 (1.0)	2.4 (1.0)	<.0001	0.51	3.1 (1.2)	2.5 (1.1)	2.3 (1.0)	<.0001	-0.72	0.65
	ドメイン調整平均(±SD)	3.0 (0.0)	2.4 (0.0)	2.2 (0.0)	<.0001	-0.75	0.71	3.1 (0.0)	2.8 (0.1)	2.4 (0.0)	<.0001	-0.68	1.18	2.9 (0.2)	2.4 (0.1)	<.0001	0.49	3.0 (0.0)	2.5	2.2 (0.0)	<.0001	-0.73	0.66
	□がん患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ス	2.9 (1.3)	2.2 (1.2)	2.0 (1.1)			3.1 (1.3)	2.8 (1.5)	2.3 (1.3)			2.8 (1.2)	2.3 (1.1)				2.9 (1.3)	2.3 (1.2)	2.1 (1.2)				
	□がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	3.1 (1.2)	2.6 (1.1)	2.4 (1.1)			3.3 (1.2)	3.0 (1.3)	2.6 (1.2)			2.9 (1.1)	2.4 (1.0)				3.2 (1.2)	2.6 (1.2)	2.5 (1.1)				
	□病院、診療所、訪問看護ステーション間で、情報共有が難しい	3.1 (1.2)	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)			3.2 (1.2)	2.9 (1.3)	2.6 (1.2)			3.0 (1.1)	2.5 (1.1)				3.1 (1.2)	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)				
	合計平均(±SD)	3.0 (0.8)	2.6 (0.7)	2.6 (0.7)	<.0001	-0.48	0.68	3.4 (0.7)	3.3 (0.8)	2.9 (0.8)	<.0001	-0.53	0.73	3.2 (0.7)	2.9 (0.8)	<.0001	0.50	3.2 (0.7)	2.7 (0.7)	2.7 (0.7)	<.0001	-0.48	0.66
	合計調整平均(±SD)	2.9 (0.0)	2.5 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.45	0.67	3.2 (0.0)	3.1 (0.0)	2.7 (0.0)	<.0001	-0.48	1.27	3.3 (0.1)	2.9 (0.1)	<.0001	0.45	3.1 (0.0)	2.7 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	-0.46	0.65

回答方法は「1. 思わない」「2. たまに思う」「3. 時々思う」「4. よく思う」「5. 非常によく思う」から選択

2008: OPTIM研究介入前データ(Sato K, 2014JJCO), 2015厚労科研加藤班

効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看取り経験の有無で調整

【添付資料2】看護師の緩和ケアの変化に関する研究【表5-1】

表5-1 緩和ケアに関する実践 施設種別

	mean(SD)																						
	拠点病院						拠点以外の病院						訪問看護ステーション						全体				
	2008* (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	P	2008と 2017の 差	効果量†	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	P	2008と 2017の 差	効果量†	2008 (n=198)	2015 (n=520)	P	効果量†	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2017-8 (拠点・非拠点) (n=14047)	P	2008と 2017の 差	効果量†	
疼痛	(range 1-5)																						
	ドメイン平均(±SD)	4.1 (0.7)	4.3 (0.8)	4.2 (0.7)	<.0001	0.13	0.18	3.8 (0.8)	3.6 (1.0)	4.1 (0.9)	<.0001	0.22	0.26	3.9 (0.7)	4.1 (0.8)	0.007	0.23	4.0 (0.8)	4.2 (0.8)	4.1 (0.8)	<.0001	0.16	0.20
	ドメイン調整平均(±SE)	4.1 (0.0)	4.3 (0.0)	4.3 (0.0)	<.0001	0.14	0.20	3.9 (0.0)	3.8 (0.1)	4.1 (0.0)	<.0001	0.22	0.52	3.8 (0.1)	4.0 (0.1)	0.002	0.26	4.1 (0.0)	4.3 (0.0)	4.2 (0.0)	<.0001	0.18	0.23
	□患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの聞く、もしくは患者が答えら	4.0 (0.9)	4.2 (0.9)	4.2 (0.9)				3.8 (1.1)	3.4 (1.3)	4.0 (1.0)				3.6 (1.1)	3.9 (1.1)			3.9 (1.0)	4.1 (1.0)	4.1 (0.9)			
	□どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	4.0 (0.8)	4.2 (0.8)	4.1 (0.8)				3.7 (0.9)	3.6 (1.1)	3.9 (0.9)				4.1 (0.8)	4.2 (0.8)			3.9 (0.8)	4.2 (0.9)	4.0 (0.9)			
	□鎮痛薬を臨時(レスキュー)で使用した場合、その効果を把握している	4.2 (0.8)	4.4 (0.8)	4.3 (0.8)				4.0 (0.9)	3.9 (1.1)	4.2 (0.9)				4.1 (0.8)	4.3 (0.8)			4.1 (0.8)	4.3 (0.9)	4.3 (0.8)			
呼吸困難	ドメイン平均(±SD)	3.8 (0.8)	3.9 (0.8)	3.8 (0.8)	<.0001	0.07	0.09	3.6 (0.8)	3.5 (1.0)	3.7 (0.9)	<.0001	0.18	0.21	3.7 (0.7)	4.0 (0.8)	0.001	0.29	3.7 (0.8)	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)	<.0001	0.11	0.13
	ドメイン調整平均(±SE)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.09	0.11	3.7 (0.0)	3.8 (0.1)	3.9 (0.0)	<.0001	0.15	0.34	3.6 (0.1)	3.9 (0.1)	0.001	0.28	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.12	0.14
	□息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさを聞くか、共通した評価	3.5 (1.1)	3.6 (1.2)	3.5 (1.1)				3.3 (1.2)	3.1 (1.3)	3.4 (1.2)				3.2 (1.2)	3.6 (1.2)			3.4 (1.2)	3.6 (1.2)	3.5 (1.2)			
	□どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)				3.6 (0.9)	3.5 (1.1)	3.8 (1.0)				4.0 (0.8)	4.1 (0.8)			3.8 (0.9)	4.0 (0.9)	3.9 (0.9)			
	□息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・温度調整・換気などの環境を	3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)				3.8 (0.9)	3.8 (1.0)	4.0 (0.9)				4.1 (0.8)	4.2 (0.8)			3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)			
せん妄	ドメイン平均(±SD)	3.2 (0.9)	3.5 (1.0)	3.4 (0.9)	<.0001	0.19	0.20	2.9 (0.9)	3.0 (1.0)	3.3 (1.0)	<.0001	0.38	0.42	3.2 (0.8)	3.5 (0.9)	<.0001	0.36	3.1 (0.9)	3.4 (1.0)	3.4 (1.0)	<.0001	0.25	0.26
	ドメイン調整平均(±SE)	3.4 (0.0)	3.6 (0.0)	3.6 (0.0)	<.0001	0.19	0.20	3.1 (0.0)	3.3 (0.1)	3.5 (0.0)	<.0001	0.32	0.68	3.0 (0.1)	3.4 (0.1)	<.0001	0.38	3.4 (0.0)	3.6 (0.0)	3.6 (0.0)	<.0001	0.25	0.27
	□時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている	3.2 (1.1)	3.5 (1.1)	3.5 (1.1)				2.8 (1.0)	2.9 (1.1)	3.3 (1.1)				2.8 (1.0)	3.3 (1.1)			3.0 (1.1)	3.4 (1.1)	3.4 (1.1)			
	□せん妄症状を悪化させる不快なこと(尿意・便意・疼痛・不安など)がないか、	3.4 (1.0)	3.6 (1.1)	3.6 (1.0)				3.0 (1.0)	3.1 (1.1)	3.5 (1.1)				3.3 (1.0)	3.6 (1.0)			3.3 (1.0)	3.6 (1.1)	3.6 (1.1)			
	□患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている	3.2 (1.0)	3.3 (1.1)	3.2 (1.1)				2.9 (1.0)	2.9 (1.1)	3.1 (1.1)				3.6 (1.0)	3.8 (1.0)			3.1 (1.0)	3.3 (1.1)	3.1 (1.1)			
看取りのケア	ドメイン平均(±SD)	3.6 (0.9)	3.8 (1.0)	3.7 (0.9)	<.0001	0.10	0.11	3.4 (0.9)	3.5 (1.0)	3.6 (1.0)	<.0001	0.23	0.24	3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	0.008	0.22	3.5 (0.9)	3.8 (1.0)	3.7 (1.0)	<.0001	0.12	0.13
	ドメイン調整平均(±SE)	3.8 (0.0)	4.0 (0.0)	3.9 (0.0)	<.0001	0.12	0.13	3.6 (0.0)	3.8 (0.1)	3.8 (0.0)	<.0001	0.17	0.35	3.7 (0.1)	4.0 (0.1)	0.001	0.27	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.14	0.15
	□死が近づいてきたとき、患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価して	3.6 (1.0)	3.8 (1.1)	3.7 (1.0)				3.4 (1.1)	3.3 (1.2)	3.6 (1.1)				3.7 (1.1)	4.0 (1.0)			3.5 (1.1)	3.8 (1.1)	3.7 (1.1)			
	□死が近づいてきたとき、それまで行われてきた処置・対応について毎日その	3.6 (1.0)	3.8 (1.1)	3.7 (1.0)				3.4 (1.0)	3.6 (1.1)	3.6 (1.1)				3.8 (1.0)	4.0 (1.0)			3.6 (1.0)	3.8 (1.1)	3.7 (1.1)			
	□死が近づいてきたとき、家族にどんな心配を抱えているか、定期的に聞いて	3.6 (1.0)	3.8 (1.0)	3.6 (1.0)				3.3 (1.0)	3.5 (1.1)	3.5 (1.1)				4.1 (1.0)	4.2 (0.9)			3.5 (1.0)	3.8 (1.0)	3.6 (1.1)			
コミュニケーション	ドメイン平均(±SD)	3.7 (0.8)	3.9 (0.8)	3.9 (0.7)	<.0001	0.19	0.25	3.5 (0.7)	3.6 (0.9)	3.8 (0.8)	<.0001	0.24	0.31	4.0 (0.8)	4.1 (0.7)	0.052	0.16	3.7 (0.8)	3.9 (0.8)	3.9 (0.8)	<.0001	0.18	0.23
	ドメイン調整平均(±SE)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.18	0.24	3.7 (0.0)	3.9 (0.1)	3.9 (0.0)	<.0001	0.20	0.50	3.9 (0.1)	4.1 (0.1)	0.032	0.18	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	<.0001	0.19	0.24
	□患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーのある場所で話をしてい	3.7 (0.9)	3.9 (0.9)	3.9 (0.9)				3.5 (1.0)	3.6 (1.1)	3.8 (1.0)				4.0 (0.9)	4.1 (0.8)			3.6 (0.9)	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)			
	□患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答でき	3.9 (0.8)	4.0 (0.9)	4.0 (0.8)				3.7 (0.9)	3.7 (1.0)	3.9 (0.9)				4.1 (0.8)	4.2 (0.8)			3.8 (0.9)	4.0 (0.9)	4.0 (0.9)			
	□患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	3.7 (0.8)	3.8 (0.9)	3.8 (0.8)				3.4 (0.9)	3.5 (1.0)	3.7 (0.9)				3.9 (0.8)	4.0 (0.9)			3.6 (0.9)	3.8 (0.9)	3.7 (0.9)			
患者・家族中心のケア	ドメイン平均(±SD)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	0.005	0.04	0.05	3.7 (0.7)	3.8 (0.9)	3.9 (0.8)	<.0001	0.17	0.21	4.3 (0.7)	4.3 (0.7)	0.394	0.07	3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	3.9 (0.8)	<.0001	0.05	0.07
	ドメイン調整平均(±SE)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	0.012	0.03	-0.04	3.9 (0.0)	4.0 (0.1)	4.0 (0.0)	<.0001	0.12	0.30	4.2 (0.1)	4.3 (0.1)	0.273	0.09	4.2 (0.0)	4.2 (0.0)	4.2 (0.0)	<.0001	0.07	0.09
	□患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	3.9 (0.8)	4.0 (0.9)	3.9 (0.8)				3.6 (0.8)	3.6 (1.0)	3.8 (0.9)				4.2 (0.8)	4.3 (0.8)			3.8 (0.8)	4.0 (0.9)	3.9 (0.9)			
	□患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)				3.7 (0.8)	3.8 (1.0)	3.9 (0.9)				4.3 (0.7)	4.3 (0.8)			3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	3.9 (0.8)			
	□患者・家族のつらさについて、少しでも分かろうとしている	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)				3.8 (0.8)	3.8 (1.0)	4.0 (0.8)				4.3 (0.7)	4.4 (0.7)			4.0 (0.8)	4.1 (0.8)	4.0 (0.8)			
口腔ケア	ドメイン平均(±SD)	3.9 (0.9)	3.9 (1.0)	3.9 (0.9)	0.009	0.08	0.09	3.9 (0.9)	4.1 (1.0)	3.9 (1.0)	0.006	-0.01	0.01	3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	0.002	0.25	3.9 (0.9)	4.0 (1.0)	3.9 (1.0)	0.008	0.04	0.05
	ドメイン調整平均(±SE)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	0.000	0.11	0.11	4.0 (0.0)	4.3 (0.1)	4.0 (0.0)	<.0001	-0.02	0.04	3.8 (0.1)	4.0 (0.1)	0.010	0.21	4.0 (0.0)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	0.002	0.06	0.06
	□口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にしている	3.9 (0.9)	3.9 (1.0)	3.9 (0.9)				3.9 (0.9)	4.1 (1.0)	3.9 (1.0)				4.1 (0.8)	4.1 (0.8)			3.9 (0.9)	4.0 (1.0)	3.9 (1.0)			
	合計平均(±SD)	3.7 (0.6)	3.9 (0.7)	3.9 (0.7)	<.0001	0.12	0.18	3.5 (0.6)	3.5 (0.8)	3.7 (0.7)	<.0001	0.22	0.32	3.8 (0.6)	4.0 (0.7)	0.001	0.28	3.7 (0.6)	3.9 (0.7)	3.8 (0.7)	<.0001	0.14	0.20
	合計調整平均(±SD)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.12	0.19	3.7 (0.0)	3.8 (0.0)	3.9 (0.0)	<.0001	0.19	0.53	3.7 (0.1)	3.9 (0.1)	0.000	0.30	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.15	0.23

回答方法は「1.行っている」「2.あまり行っていない」「3.時々行っている」「4.たいてい行っている」「5.常に行っている」から選択

2008: OPTIM研究介入前データ(Sato K, 2014JJCO), 2015厚労科研加藤班

効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看取り経験の有無で調整

表6 看護師調査結果(2017-18)

	平均値(±SD)			P
	全体 (n=14047)	拠点病院 (n=7514)	拠点病院以外の病院 (n=6533)	
がん患者のケアについて(range 1-6)				
緩和ケアや在宅療養について意識して診療している	4.3 (1.1)	4.3 (1.1)	4.2 (1.1)	<.0001
がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用している	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	<.0001
患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応している	4.8 (0.8)	4.8 (0.8)	4.7 (0.8)	<.0001
患者の診療は多職種チームで対応している	5.1 (0.9)	5.2 (0.8)	5.0 (1.1)	<.0001
療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞いてい	4.6 (1.0)	4.6 (1.0)	4.5 (1.0)	<.0001
がんでも希望すれば、最後まで在宅で過ごせると考える	5.3 (0.8)	5.2 (0.8)	5.4 (0.8)	<.0001
患者のQOL(Quality Of Life)の維持向上に努めている	4.7 (0.8)	4.8 (0.8)	4.7 (0.9)	<.0001
患者に日常生活の状況を尋ねるようにしている	4.9 (0.9)	4.9 (0.8)	4.8 (0.9)	<.0001
患者の経済状況について確認している	4.1 (1.1)	4.1 (1.1)	4.0 (1.2)	0.005
疾患が患者の就労や就学に与える影響について配慮している	4.2 (1.1)	4.2 (1.0)	4.1 (1.1)	<.0001
がんと診断された就労中の患者に対して、あわてて退職しないように声をかけている	3.8 (1.4)	3.8 (1.4)	3.8 (1.4)	0.028
就労中の患者については、患者の仕事内容を確認し、仕事に影響がありそうな副作用や今	3.9 (1.3)	4.0 (1.2)	3.9 (1.3)	0.001
就労中の患者については、勤務先の産業保健スタッフ(産業医)に、就労を継続していくた	2.9 (1.4)	2.9 (1.4)	3.0 (1.4)	0.000
生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある	2.8 (1.4)	2.9 (1.4)	2.6 (1.4)	<.0001
患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性およびそれ	2.9 (1.5)	3.0 (1.4)	2.7 (1.5)	<.0001

【添付資料3】施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究【表2】
表2 病院長調査 施設背景

y

		全国 N=2023 n (%)	拠点 n=332 n (%)	非拠点 n=1691 n (%)	p-value
都道府県					
許可施設病床数 (mean, ±SD)		237 (214)	566 (231)	172 (136)	<.0001
年間新入院患者数 (mean, ±SD)		5293 (14810)	16113 (29039)	3063 (7881)	<.0001
年間新入院がん患者数 (mean, ±SD)		878 (4940)	3787 (11447)	278 (605)	<.0001
年間外来がん患者延べ数 (mean, ±SD)		16085 (38846)	63631 (63592)	5636 (18654)	<.0001
年間院内死亡がん患者数 (mean, ±SD)		71 (101)	203 (134)	44 (64)	<.0001
がん診療の状況					
がん診療を行い、治療終了後は地域の医療機関に紹介するが多い		233 (12)	148 (45)	85 (5)	<.0001
がん診療を行い、治療終了後も継続診療し、看取りも多い		560 (28)	153 (46)	407 (24)	
がん治療よりも治療終了後の患者の診療が多く、看取りも多い		580 (29)	2 (1)	578 (34)	
がん診療をおこなっていない		517 (26)	1 (0)	516 (31)	
欠損		133 (7)	28 (8)	105 (6)	
緩和ケアチームの有無					
	あり	682 (34)	331 (100)	351 (21)	<.0001
	なし	1321 (65)	1 (0)	1320 (78)	
	欠損	20 (1)	0 (0)	20 (1)	
	《緩和ケアチームあり》	n=682	n=331	n=351	
緩和ケア診療加算の算定					
	はい	250 (37)	174 (53)	76 (22)	<.0001
	いいえ	425 (62)	154 (47)	271 (77)	
	欠損	7 (1)	3 (1)	4 (1)	
組織上明確に位置付けられている					
	はい	598 (88)	314 (95)	284 (81)	<.0001
	いいえ	77 (11)	14 (4)	63 (18)	
	欠損	7 (1)	3 (1)	4 (1)	
チームメンバー常勤専従の有無					
	身体症状担当医師	245 (36)	172 (52)	73 (21)	0.001
	精神症状担当医師	72 (11)	53 (16)	19 (5)	0.071
	看護師	422 (62)	301 (91)	121 (34)	<.0001
	薬剤師	54 (8)	27 (8)	27 (8)	0.072
	MSW	47 (7)	20 (6)	27 (8)	0.006
	臨床心理士	33 (5)	20 (6)	13 (4)	0.843
	チームの年間新規診療症例数 (mean, ±SD)	138.2 (171)	199 (206)	74 (86)	<.0001
チームメンバー構成 (mean, ±SD)					
	身体症状担当医師				
	常勤専従	1.0 (1)	1.0 (1)	0.9 (1)	
	常勤専従以外	2.3 (2)	2.5 (2)	2.2 (2)	
	非常勤	0.4 (1)	0.5 (1)	0.4 (1)	
	精神症状担当医師				
	常勤専従	0.4 (1)	0.4 (1)	0.3 (0)	
	常勤専従以外	0.9 (1)	1.0 (1)	0.8 (1)	
	非常勤	0.6 (1)	0.6 (1)	0.6 (1)	
	看護師				
	常勤専従	1.4 (2)	1.4 (1)	1.5 (3)	
	常勤専従以外	3.3 (3)	2.7 (3)	3.9 (4)	
	非常勤	0.1 (0)	0.0 (0)	0.2 (1)	
	薬剤師				
	常勤専従	0.4 (1)	0.3 (1)	0.4 (1)	
	常勤専従以外	1.6 (1)	1.8 (1)	1.5 (1)	
	非常勤	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	
	MSW				
	常勤専従	0.3 (1)	0.2 (1)	0.5 (1)	
	常勤専従以外	1.1 (1)	1.1 (1)	1.0 (1)	
	非常勤	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	
	臨床心理士				
	常勤専従	0.2 (0)	0.2 (0)	0.2 (0)	
	常勤専従以外	0.8 (1)	0.9 (1)	0.6 (1)	
	非常勤	0.4 (1)	0.4 (1)	0.3 (0)	
	《緩和ケアチームなし》	n=1321	n=1	n=1320	
身体症状の緩和を担当する医師がいる					
	はい	489 (37)	1 (100)	488 (37)	
	いいえ	815 (62)	0 (0)	815 (62)	
	欠損	17 (1)	0 (0)	17 (1)	
精神症状の緩和を担当する医師がいる					
	はい	217 (16)	0 (0)	217 (16)	
	いいえ	1085 (82)	1 (100)	1084 (82)	
	欠損	19 (1)	0 (0)	19 (1)	
緩和ケアの専門知識を持ち、横断的に活動する看護師がいる					
	はい	166 (13)	1 (100)	165 (13)	
	いいえ	1137 (86)	0 (0)	1137 (86)	
	欠損	18 (1)	0 (0)	18 (1)	
緩和ケア病棟の有無					
	ある	235 (12)	78 (23)	157 (9)	<.0001
	ない	1733 (86)	229 (69)	1504 (89)	
	欠損	55 (3)	25 (8)	30 (2)	
	《緩和ケア病棟あり》	n=235	n=78	n=157	
	年間新入院患者数 (mean, ±SD)	237 512	266 560	222 (486)	0.541
緩和ケア外来の有無					

	ある	527 (26)	290 (87)	237 (14)	<.0001
	ない	1446 (71)	18 (5)	1428 (84)	
	欠損	50 (2)	24 (7)	26 (2)	
《緩和ケア外来あり》		n=527	n=290	n=237	
緩和ケア外来の年間診療患者数 (mean, ±SD)		396 (757)	467 (896)	302 (510)	0.011

【添付資料3】施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究【表3】

表3 がん診療・緩和ケアに取り組む体制

		全国	拠点	非拠点	p-value	LR			MLR*		
		N=2023	n=332	n=1691		非拠点	vs	拠点	非拠点	vs	拠点
		n (%)	n (%)	n (%)		OR	95%CI	Adj OR	95%CI		
病院としてがん診療に取り組む体制											
がん患者に対する化学療法を行っている											
	はい	1129 (56)	331 (100)	798 (47)	<.0001	<0.001	<0.001	>999.999	<0.001	<0.001	>999.9
	いいえ	851 (42)	0 (0)	851 (50)							
	欠損	43 (2)	1 (0)	42 (2)							
外来化学療法加算を算定している											
	はい	901 (45)	331 (100)	570 (34)	<.0001	<0.001	<0.001	>999.999	<0.001	<0.001	>999.9
	いいえ	1060 (52)	0 (0)	1060 (63)							
	欠損	62 (3)	1 (0)	61 (4)							
がん患者に対する放射線療法を行っている											
	はい	486 (24)	311 (94)	175 (10)	<.0001	0.01	0.01	0.01	0.19	0.10	0.36
	いいえ	1500 (74)	20 (6)	1480 (88)							
	欠損	37 (2)	1 (0)	36 (2)							
全身麻酔下でがん患者の手術を行っている											
	はい	996 (49)	328 (99)	668 (40)	<.0001	0.00	0.00	0.02	1.19	0.10	13.87
	いいえ	982 (49)	2 (1)	980 (58)							
	欠損	45 (2)	2 (1)	43 (3)							
がん診療に携わる医師は全て麻薬施用者免許を有している											
	はい	1314 (65)	275 (83)	1039 (61)	<.0001	0.30	0.21	0.41	3.65	2.03	6.57
	いいえ	630 (31)	46 (14)	584 (35)							
	欠損	79 (4)	11 (3)	68 (4)							
リンパ浮腫指導管理料(診療報酬)を算定している											
	はい	-	-	197 (12)							
	いいえ	-	-	1422 (84)							
	欠損	-	-	72 (4)							
病院として緩和ケアに取り組む体制											
院内の緩和ケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている											
	はい	529 (26)	254 (77)	275 (16)	<.0001	0.06	0.04	0.08	0.54	0.34	0.87
	いいえ	1445 (71)	73 (22)	1372 (81)							
	欠損	49 (2)	5 (2)	44 (3)							
病院として地域の緩和ケアの向上に取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている											
	はい	345 (17)	173 (52)	172 (10)	<.0001	0.10	0.08	0.14	0.35	0.23	0.55
	いいえ	1632 (81)	155 (47)	1477 (87)							
	欠損	46 (2)	4	42							
病院として緩和ケアに取り組むための年次計画が策定され、文書化されている											
	はい	405 (20)	207 (62)	198 (12)	<.0001	0.08	0.06	0.10	0.40	0.27	0.60
	いいえ	1572 (78)	121 (36)	1451 (86)							
	欠損	46 (2)	4 (1)	42 (2)							
病院管理者(院長・副院長・事務部門・看護部長など)と緩和ケア責任者・緩和ケアチームなどが参加する会議が年1回以上開催されている											
	はい	527 (26)	253 (76)	274 (16)	<.0001	0.06	0.05	0.08	0.33	0.21	0.51
	いいえ	1454 (72)	76 (23)	1378 (81)							
	欠損	42 (2)	3 (1)	39 (2)							
緩和ケアに関する診療実績は院内職員が見られるかたちで報告または公開されている											
	はい	510 (25)	235 (71)	275 (16)	<.0001	0.08	0.06	0.10	0.70	0.44	1.11
	いいえ	1468 (73)	92 (28)	1376 (81)							
	欠損	45 (2)	5 (2)	40 (2)							
緩和ケアの提供を行っていることを、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料などにより、患者や家族に情報提供を行っている											
	はい	689 (34)	320 (96)	369 (22)	<.0001	0.01	0.01	0.02	0.30	0.13	0.70
	いいえ	1291 (64)	11 (3)	1280 (76)							
	欠損	43 (2)	1 (0)	42 (2)							
緩和ケアに関する患者・家族向けのパンフレットがあり、外来に常備するなど、患者・家族が容易に入手できるように提供されている											
	はい	625 (31)	299 (90)	326 (19)	<.0001	0.02	0.02	0.04	0.34	0.19	0.60
	いいえ	1351 (67)	29 (9)	1322 (78)							
	欠損	47 (2)	4 (1)	43 (3)							
緩和ケアに関する診療内容・受診方法についてホームページや病院便りなどで広報されている											
	はい	633 (31)	316 (95)	317 (19)	<.0001	0.01	0.01	0.02	0.12	0.06	0.24
	いいえ	1349 (67)	15 (5)	1334 (79)							
	欠損	41 (2)	1 (0)	40 (2)							
緩和ケアに関する診療実績がホームページなどで患者・家族向けに公開されている											
	はい	257 (13)	161 (48)	96 (6)	<.0001	0.07	0.05	0.09	0.37	0.22	0.61
	いいえ	1718 (85)	168 (51)	1550 (92)							
	欠損	48 (2)	3 (1)	45 (3)							
院内で統一した方法を用いて、外来や病棟でがん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛のスクリーニングを行っている											
	はい	658 (33)	315 (95)	343 (20)	<.0001	0.01	0.01	0.02	0.25	0.13	0.49
	いいえ	964 (48)	14 (4)	950 (56)							
	がん診療はしていない	340 (17)	0 (0)	340 (20)							
	欠損	61 (3)	3 (1)	58 (3)							
厚生労働省が定める「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した研修会を修了した医師は、どの程度いますか											
	いない	693 (34)	1 (0)	692 (41)	<.0001	0.01	0.01	0.02	0.14	0.07	0.27
	5割未満	648 (32)	15 (5)	633 (37)							
	5割以上	211 (10)	57 (17)	154 (9)							
	9割未満	173 (9)	105 (32)	68 (4)							
	9割以上	207 (10)	147 (44)	60 (4)							
	欠損	91 (5)	7 (2)	84 (5)							
患者・家族が緩和ケアに関して困ったときに、いつでも無料で相談できる窓口がある											
	はい	-	-	749 (44)							
	いいえ	-	-	900 (53)							
	欠損	-	-	42 (2)							

*共変量: 地域, 年間入院がん患者数, 年間死亡がん患者数, 緩和ケアチームの有無, 緩和ケア病棟の有無

【添付資料3】施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究【表4】

表4 病院の緩和ケアに関する地域連携

		全国			p-value	LR			MLR*			
		N=2023				拠点		非拠点		非拠点		vs 拠点
		n (%)	n (%)	n (%)		OR	95%CI	Adj OR	95%CI			
緩和ケアの担当者が、院外で診察を行える体制がある	はい	211 (10)	61 (18)	150 (9)	<.0001	0.44	0.32	0.60	0.98	0.59	1.61	
	いいえ	1764 (87)	266 (80)	1498 (89)								
	欠損	48 (2)	5 (2)	43 (3)								
自施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンスを年1回以上開催している	はい	453 (22)	247 (74)	206 (12)	<.0001	0.05	0.04	0.06	0.28	0.18	0.45	
	いいえ	1524 (75)	81 (24)	1443 (85)								
	欠損	46 (2)	4 (1)	42 (2)								
緩和ケアに関する地域連携を推進するための、自施設と地域の他施設との連携体制を構築していくための担当者を明確にしている	はい	556 (27)	227 (68)	329 (19)	<.0001	0.11	0.08	0.14	0.45	0.29	0.71	
	いいえ	1415 (70)	99 (30)	1316 (78)								
	欠損	52 (3)	6 (2)	46 (3)								
《はいの施設》												
担当者は、業務として年1回以上、地域連携等のために他施設への訪問をしている	はい	421 (76)	168 (74)	253 (77)	0.210							
	いいえ	122 (22)	57 (25)	65 (20)								
	欠損	13 (2)	2 (1)	11 (3)								
地域の他施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための多職種連携カンファレンスに、院内の緩和ケア担当者が積極的に参加するよう促している	はい	655 (32)	230 (69)	425 (25)	<.0001	0.15	0.11	0.19	1.14	0.76	1.71	
	いいえ	1023 (51)	52 (16)	971 (57)								
	わからない	293 (14)	45 (14)	248 (15)								
	欠損	52 (3)	5 (2)	47 (3)								
地域の他の医療機関と連携するときに利用できる、がん患者の症状緩和に関する地域連携クリティカルパスを使用する準備をしている	はい	288 (14)	155 (47)	133 (8)	<.0001	0.10	0.08	0.13	0.52	0.33	0.80	
	いいえ	1527 (75)	159 (48)	1368 (81)								
	わからない	164 (8)	16 (5)	148 (9)								
	欠損	44 (2)	2 (1)	42 (2)								
《はいの施設》												
がん患者の症状緩和に関する地域連携クリティカルパスは、年1回以上の使用実績がある	はい	131 (45)	73 (47)	58 (44)	0.720							
	いいえ	150 (52)	80 (52)	70 (53)								
	欠損	7 (2)	2 (1)	5 (4)								
地域の他の医療機関と連携するときに利用できる、がん患者の終末期のための意思決定を支援するための地域連携クリティカルパス等のツールを使用する準備をしている	はい	149 (7)	65 (20)	84 (5)	<.0001	0.22	0.15	0.31	0.47	0.28	0.79	
	いいえ	1636 (81)	239 (72)	1397 (83)								
	わからない	194 (10)	25 (8)	169 (10)								
	欠損	44 (2)	3 (1)	41 (2)								
《はいの施設》												
がん患者の終末期のための意思決定を支援するための地域連携クリティカルパス等のツールは、年1回以上の使用実績がある	はい	67 (45)	39 (60)	28 (33)	0.0042							
	いいえ	78 (52)	26 (40)	52 (62)								
	欠損	4 (3)	0 (0)	4 (5)								

*共変量：地域、年間入院がん患者数、年間死亡がん患者数、緩和ケアチームの有無、緩和ケア病棟の有無

【添付資料3】施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究【表5】

表5 緩和ケア担当者調査 回答者・施設背景

	全国	拠点	非拠点	P-value
	N=1796	n=362	n=1434	
	n (%)	n (%)	n (%)	
臨床経験年数(mean, ±SD)	25.2 (9.0)	24.8 (7.1)	25.3 (9.5)	0.215
緩和ケアに携わっている年数(mean, ±SD)	10.1 (8.1)	12.3 (6.3)	9.4 (8.4)	<.0001
所属施設で担う役割				
PCU,PCT担当	130 (7)	54 (15)	76 (5)	<.0001
PCU担当	108 (6)	7 (2)	101 (7)	
PCT担当	641 (36)	293 (81)	348 (24)	
業務として緩和ケアの相談を受ける	99 (6)	1 (0)	98 (7)	
業務外で緩和ケアの相談を受ける	19 (1)	1 (0)	18 (1)	
緩和ケアは専門外	712 (40)	2 (1)	710 (50)	
欠損	87 (5)	4 (1)	83 (6)	
緩和ケアチームの有無				
あり	777 (43)	347 (96)	430 (30)	<.0001
なし	990 (55)	8 (2)	982 (68)	
欠損	29 (2)	7 (2)	22 (2)	
院内統一の疼痛評価尺度がある				
はい	1167 (65)	332 (92)	835 (58)	<.0001
いいえ	556 (31)	24 (7)	532 (37)	
欠損	73 (4)	6 (2)	67 (5)	
がん疼痛のために、クモ膜下フェノールブロック・内臓神経ブロック・持続硬膜外ブロック・高周波熱凝固療法をいずれかを年1例以上施行している				
はい	326 (18)	172 (48)	154 (11)	<.0001
いいえ	1402 (78)	183 (51)	1219 (85)	
欠損	68 (4)	7 (2)	61 (4)	
骨転移の放射線療法を行った実績が年10例以上ある				
はい	496 (28)	320 (88)	176 (12)	<.0001
いいえ	1231 (69)	36 (10)	1195 (83)	
欠損	69 (4)	6 (2)	63 (4)	
麻薬の自己管理を行った入院患者が年1名以上いる				
はい	890 (50)	289 (80)	601 (42)	<.0001
いいえ	830 (46)	64 (18)	766 (53)	
欠損	76 (4)	9 (2)	67 (5)	

表6 施設の緩和ケア提供体制

	全国 N=1796	拠点 n=362	非拠点 n=1434	P-value	拠点 %	非拠点 %	LR		MLR*			
							非拠点 vs 病院 OR	95%CI	非拠点 vs 病院 Adj OR	95%CI		
痛みの原因(がん性疼痛か非がん性疼痛か、など)に基づいてオピオイド鎮痛薬を使用できている (mean,±SD)	3.3 (0.8)	3.6 (0.6)	3.2 (0.8)	<.0001								
判断できない	93 (5)	2 (1)	91 (6)									
できていない	79 (4)	0 (0)	79 (6)									
あまりできていない	101 (6)	12 (3)	89 (6)									
概ねできている	682 (38)	133 (37)	549 (38)		94.20	76.15	0.17	0.10	0.30	1.14	0.48	2.68
できている	751 (42)	208 (57)	543 (38)									
欠損	90 (5)	7 (2)	83 (6)									
オピオイドの副作用(悪心・便秘・眠気・呼吸抑制・せん妄など)に適切に対応できている (mean,±SD)	3.2 (0.8)	3.4 (0.6)	3.1 (0.8)	<.0001								
判断できない	100 (6)	2 (1)	98 (7)									
できていない	76 (4)	0 (0)	76 (5)									
あまりできていない	151 (8)	17 (5)	134 (9)									
概ねできている	815 (45)	182 (50)	633 (44)		93.09	72.73	0.19	0.12	0.31	0.55	0.28	1.07
できている	565 (31)	155 (43)	410 (29)									
欠損	89 (5)	6 (2)	83 (6)									
呼吸困難に対してオピオイドを適切に使用できている (mean,±SD)	3.0 (0.9)	3.3 (0.7)	2.9 (0.9)	<.0001								
判断できない	119 (7)	1 (0)	118 (8)									
できていない	99 (6)	0 (0)	99 (7)									
あまりできていない	284 (16)	41 (11)	243 (17)									
概ねできている	721 (40)	171 (47)	550 (38)		86.74	62.13	0.26	0.18	0.36	0.74	0.46	1.19
できている	484 (27)	143 (40)	341 (24)									
欠損	89 (5)	6 (2)	83 (6)									
せん妄への対応が適切にできている (mean,±SD)	2.8 (0.8)	3.0 (0.7)	2.8 (0.8)	<.0001								
判断できない	110 (6)	4 (1)	106 (7)									
できていない	67 (4)	3 (1)	64 (4)									
あまりできていない	450 (25)	83 (23)	367 (26)									
概ねできている	799 (44)	170 (47)	629 (44)		73.48	56.83	0.51	0.40	0.67	1.00	0.68	1.47
できている	282 (16)	96 (27)	186 (13)									
欠損	88 (5)	6 (2)	82 (6)									
せん妄に伴うリスクを評価し、人権や尊厳を尊重しつつ適切に環境整備や安全管理を行っている (mean,±SD)	2.9 (0.8)	3.0 (0.7)	2.8 (0.8)	<.0001								
判断できない	101 (6)	3 (1)	98 (7)									
できていない	72 (4)	3 (1)	69 (5)									
あまりできていない	391 (22)	73 (20)	318 (22)									
概ねできている	829 (46)	185 (51)	644 (45)		76.52	60.32	0.51	0.39	0.67	0.85	0.58	1.26
できている	313 (17)	92 (25)	221 (15)									
欠損	90 (5)	6 (2)	84 (6)									
抑うつ・不安を有する患者から十分に話を聴き、抑うつ・不安への対応が適切にできている (mean,±SD)	2.8 (0.8)	3.0 (0.7)	2.7 (0.8)	<.0001								
判断できない	99 (6)	2 (1)	97 (7)									
できていない	63 (4)	1 (0)	62 (4)									
あまりできていない	486 (27)	80 (22)	406 (28)									
概ねできている	797 (44)	175 (48)	622 (43)		75.41	54.81	0.42	0.32	0.55	0.74	0.50	1.08
できている	262 (15)	98 (27)	164 (11)									
欠損	89 (5)	6 (2)	83 (6)									
抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働している。 (mean,±SD)	2.5 (1.1)	3.2 (0.8)	2.3 (1.0)	<.0001								
判断できない	94 (5)	4 (1)	90 (6)									
できていない	380 (21)	5 (1)	375 (26)									
あまりできていない	402 (22)	53 (15)	349 (24)									
概ねできている	506 (28)	151 (42)	355 (25)		81.22	37.31	0.14	0.10	0.19	0.38	0.25	0.56
できている	323 (18)	143 (40)	180 (13)									
欠損	91 (5)	6 (2)	85 (6)									
病院で診療していたがん患者の遺族へのケアを行っている。 (mean,±SD)	2.0 (1)	2.1 (0.9)	2.0 (0.9)	0.031								
判断できない	106 (6)	4 (1)	102 (7)									
できていない	549 (31)	91 (25)	458 (32)									
あまりできていない	638 (36)	172 (48)	466 (33)									
概ねできている	292 (16)	58 (16)	234 (16)		24.59	22.66	0.95	0.73	1.25	1.12	0.75	1.66
できている	122 (7)	31 (9)	91 (6)									
欠損	89 (5)	6 (2)	83 (6)									

*共変量: 地域, 回答者の緩和ケア経験年数, 緩和ケアチームの有無, チーム活動状況, 平日医師の診療状況, チーム専従看護師の有無

【添付資料3】施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究【表7】

表7 緩和ケアチームの活動状況

《緩和ケアチームがある施設のみ回答》	全国 N=777 n (%)	拠点 n=326 n (%)	非拠点 n=1434 n (%)	p-value	LR 非拠点 vs 病院	MLR				
						95%CI	Adj OR	95%CI		
緩和ケアの提供体制										
緩和ケアチームの活動指針が明文化されている		n=347	n=430							
はい	703 (90)	325 (94)	378 (88)	0.017	0.52	0.31	0.88	1.17	0.61	2.25
いいえ	71 (9)	22 (6)	49 (11)							
欠損	3 (0)	0 (0)	3 (1)							
緩和ケアチームへ紹介を行う手続きが明文化され周知されている										
はい	696 (90)	334 (96)	362 (84)	<.0001	0.22	0.12	0.40	0.73	0.35	1.52
いいえ	78 (10)	13 (4)	65 (15)							
欠損	3 (0)	0 (0)	3 (1)							
緩和ケアチームが診療している患者に対して原則として週1回以上の直接診療を行っており、かつ、必要な場合に平日の日勤帯はいつでも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できる体制がある										
はい	595 (77)	324 (93)	271 (63)	<.0001	0.12	0.08	0.20	0.20	0.12	0.33
いいえ	178 (23)	23 (7)	155 (36)							
欠損	4 (1)	0 (0)	4 (1)							
緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、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										
はい	455 (59)	283 (82)	172 (40)	<.0001	0.15	0.11	0.21	0.33	0.22	0.50
いいえ	319 (41)	64 (18)	255 (59)							
欠損	3 (0)	0 (0)	3 (1)							
緩和ケアチームは少なくとも週1回、メンバーでカンファレンス、または、回診を行っている										
はい	676 (87)	344 (99)	332 (77)	<.0001	0.03	0.01	0.10	0.11	0.03	0.35
いいえ	98 (13)	3 (1)	95 (22)							
欠損	3 (0)	0 (0)	3 (1)							
緩和ケアチームに年間50名以上の直接の診察またはコンサルテーションによる診療実績がある(実人数)										
はい	522 (67)	307 (88)	215 (50)	<.0001	0.13	0.09	0.20	0.19	0.12	0.30
いいえ	249 (32)	40 (12)	209 (49)							
欠損	6 (1)	0 (0)	6 (1)							
疼痛以外の身体症状・精神症状の緩和を目的とした依頼が20%以上である										
はい	566 (73)	303 (87)	263 (61)	<.0001	0.22	0.15	0.32	0.34	0.22	0.53
いいえ	201 (26)	40 (12)	161 (37)							
欠損	10 (1)	4 (1)	6 (1)							
緩和ケアチームは、がん以外の疾患(末期心不全等)の患者について1件以上のコンサルテーション実績がある										
はい	-	-	243 (57)							
いいえ	-	-	183 (43)							
欠損	-	-	4 (1)							
平日の日勤帯はいつでも精神症状の緩和に携わる医師が患者を直接診療できる体制を有している。										
はい	328 (42)	210 (61)	118 (27)	<.0001	0.25	0.18	0.33	0.30	0.21	0.42
いいえ	443 (57)	135 (39)	308 (72)							
欠損	6 (1)	2 (1)	4 (1)							
緩和ケアチームに、専門看護師(がん看護)、緩和ケア認定看護師、または、がん性疼痛看護認定看護師が少なくとも1名いる。										
はい	691 (89)	342 (99)	349 (81)	<.0001	0.05	0.02	0.15	0.07	0.02	0.20
いいえ	82 (11)	4 (1)	78 (18)							
欠損	4 (1)	1 (0)	3 (1)							
緩和ケアチームの活動に管理栄養士が参加することが明文化されている										
はい	545 (70)	252 (73)	293 (68)	0.234	0.82	0.60	1.12	1.30	0.89	1.90
いいえ	227 (29)	94 (27)	133 (31)							
欠損	5 (1)	1 (0)	4 (1)							
緩和ケアチームの活動にリハビリテーション科医師または理学療法士または作業療法士が参加することが明文化されている										
はい	520 (67)	231 (67)	289 (67)	0.877	1.03	0.76	1.40	1.30	0.91	1.87
いいえ	252 (32)	114 (33)	138 (32)							
欠損	5 (1)	2 (1)	3 (1)							
栄養管理・支援のための組織(NSTなど)が、がん患者に対する栄養学的支援を行った記録が1例以上ある										
はい	616 (79)	300 (86)	316 (73)	<.0001	0.44	0.30	0.64	0.56	0.36	0.87
いいえ	156 (20)	46 (13)	110 (26)							
欠損	5 (1)	1 (0)	4 (1)							
入院患者に対して麻薬が初めて処方されたとき、薬剤師が服薬指導を行った記録が10人以上ある。										
はい	686 (88)	321 (93)	365 (85)	0.001	0.44	0.26	0.72	0.76	0.42	1.39
いいえ	83 (11)	23 (7)	60 (14)							
欠損	8 (1)	3 (1)	5 (1)							
緩和ケアチームが診療した患者のデータベースや一覧表を作成している										
はい	657 (85)	330 (95)	327 (76)	<.0001	0.16	0.09	0.28	0.31	0.17	0.57
いいえ	116 (15)	16 (5)	100 (23)							
欠損	4 (1)	1 (0)	3 (1)							
緩和ケアチームに社会福祉士等のMSWが参加することが明確化されている										
はい	-	-	299 (70)							
いいえ	-	-	128 (30)							
欠損	-	-	3 (1)							
緩和ケアチームの活動										
医師のみならず、多職種の医療福祉従事者からコンサルテーションを受けている										
(mean,±SD)	3.2 (0.8)	3.3 (0.8)	3.1 (0.8)	<.0001						
0 判断できない	2 (0)	1 (0)	1 (0)							
1 できていない	26 (3)	8 (2)	18 (4)							
2 あまりできていない	133 (17)	49 (14)	84 (20)							
3 概ねできている	289 (37)	117 (34)	172 (40)		0.82	0.74	0.63	0.44	0.90	0.93
4 できている	315 (41)	169 (49)	146 (34)							1.44
欠損	12 (2)	3 (1)	9 (2)							
依頼元の医療福祉従事者の考えている治療計画や療養の方向性を確認している										
(mean,±SD)	3.4 (0.7)	3.5 (0.6)	3.3 (0.7)	0.001						
0 判断できない	3 (0)	1 (0)	2 (0)							
1 できていない	15 (2)	3 (1)	12 (3)							
2 あまりできていない	48 (6)	15 (4)	33 (8)							
3 概ねできている	351 (45)	150 (43)	201 (47)		0.94	0.87	0.47	0.27	0.81	1.02
4 できている	350 (45)	176 (51)	174 (40)							2.03
欠損	10 (1)	2 (1)	8 (2)							
症状の原因を探索する際には、患者・家族だけでなく、依頼元や他部署の医療福祉従事者、チームメンバーからの情報も活用している										
(mean,±SD)	3.6 (0.6)	3.7 (0.5)	3.5 (0.6)	<.0001						
0 判断できない	2 (0)	0 (0)	2 (0)							
1 できていない	4 (1)	0 (0)	4 (1)							
2 あまりできていない	27 (3)	5 (1)	22 (5)							
3 概ねできている	277 (36)	110 (32)	167 (39)		0.98	0.91	0.21	0.08	0.54	0.33
4 できている	457 (59)	231 (67)	226 (53)							1.07
欠損	10 (1)	1 (0)	9 (2)							
症状の緩和の程度と目標について患者・家族と相談している(例、家に帰ることができるADLの獲得、座って食事ができる、自分で排泄、レスキューを使えるようになる)										
(mean,±SD)	3.3 (0.7)	3.4 (0.6)	3.1 (0.7)	<.0001						
0 判断できない	3 (0)	1 (0)	2 (0)							
1 できていない	9 (1)	0 (0)	9 (2)							
2 あまりできていない	86 (11)	23 (7)	63 (15)							
3 概ねできている	362 (47)	156 (45)	206 (48)		0.93	0.81	0.35	0.22	0.57	0.72
4 できている	307 (40)	166 (48)	141 (33)							1.28
欠損	10 (1)	1 (0)	9 (2)							
症状の緩和の程度と到達時期の目標を決めている(例、短期目標と長期目標に分けて考える。痛みなく3日以内に眠れるようにする、1ヶ月以内に自宅に戻れるように環境を整える、など)										
(mean,±SD)	2.8 (0.8)	2.9 (0.8)	2.8 (0.8)	0.131						
0 判断できない	4 (1)	0 (0)	4 (1)							
1 できていない	21 (3)	9 (3)	12 (3)							
2 あまりできていない	232 (30)	95 (27)	137 (32)							
3 概ねできている	368 (47)	172 (50)	196 (46)		0.69	0.63	0.76	0.56	1.03	1.02
4 できている	142 (18)	69 (20)	73 (17)							1.47
欠損	10 (1)	2 (1)	8 (2)							
アセスメント/推奨の内容について依頼元の医療福祉従事者と共有している										
(mean,±SD)	3.2 (0.7)	3.4 (0.6)	3.1 (0.7)	<.0001						
0 判断できない	6 (1)	1 (0)	5 (1)							
1 できていない	9 (1)	1 (0)	8 (2)							
2 あまりできていない	82 (11)	21 (6)	61 (14)							
3 概ねできている	381 (49)	163 (47)	218 (51)		0.93	0.81	0.34	0.21	0.55	0.48
4 できている	289 (37)	159 (46)	130 (30)							0.27
欠損	10 (1)	2 (1)	8 (2)							0.85
アセスメント/推奨/直接ケアの内容は、診療録などに記載している										
(mean,±SD)	3.6 (0.6)	3.7 (0.5)	3.5 (0.7)	<.0001						
0 判断できない	2 (0)	0 (0)	2 (0)							
1 できていない	4 (1)	0 (0)	4 (1)							
2 あまりできていない	31 (4)	4 (1)	27 (6)							
3 概ねできている	243 (31)	89 (26)	154 (36)		0.99	0.90	0.14	0.05	0.39	0.63
4 できている	488 (63)	253 (73)	235 (55)							2.05
欠損	9 (1)	1 (0)	8 (2)							
患者・家族に対し、必要に応じて、病状・症状・治療方針・これからの経過・過ごし方などについて説明や情報提供を行っている										
(mean,±SD)	3.2 (0.7)	3.4 (0.7)	3.1 (0.8)	<.0001						
0 判断できない	6 (1)	3 (1)	3 (1)							
1 できていない	15 (2)	2 (1)	13 (3)							
2 あまりできていない	104 (13)	27 (8)	77 (18)							
3 概ねできている	344 (44)	160 (46)	184 (43)		0.90	0.77	0.36	0.23	0.55	0.83
4 できている	299 (38)	154 (44)	145 (34)							1.39
欠損	9 (1)	1 (0)	8 (2)							
推奨/直接ケアの結果についてフォローアップし、見直しを行っている										
(mean,±SD)	3.2 (0.7)	3.4 (0.6)	3.0 (0.8)	<.0001						
0 判断できない	2 (0)	1 (0)	1 (0)							
1 できていない	11 (1)	0 (0)	11 (3)							
2 あまりできていない	115 (15)	27 (8)	88 (20)							
3 概ねできている	372 (48)	161 (46)	211 (49)		0.92	0.75	0.28	0.18	0.44	

2	あまりできていない	200 (26)	65 (19)	135 (31)									
3	概ねできている	316 (41)	159 (46)	157 (37)	79	60	0.41	0.30	0.57	0.58	0.40	0.86	
4	できている	215 (28)	115 (33)	100 (23)									
	欠損	9 (1)	1 (0)	8 (2)									
緩和ケアチーム内で定期的に症例検討・カンファレンスを行い、依頼された患者に対する活動を評価・改善している													
	(mean, ±SD)	3.2 (0.8)	3.5 (0.7)	3.0 (0.9)						<.0001			
0	判断できない	2 (0)	0 (0)	2 (0)									
1	できていない	25 (3)	5 (1)	20 (5)									
2	あまりできていない	113 (15)	24 (7)	89 (21)									
3	概ねできている	284 (37)	116 (33)	168 (39)	91	72	0.26	0.17	0.40	0.43	0.26	0.71	
4	できている	344 (44)	201 (58)	143 (33)									
	欠損	9 (1)	1 (0)	8 (2)									
症状の緩和に対する緩和ケアチームの推奨が採用されなかった場合、その理由を確認している。													
	(mean, ±SD)	2.7 (0.8)	2.8 (0.8)	2.6 (0.9)						0.000			
0	判断できない	32 (4)	11 (3)	21 (5)									
1	できていない	49 (6)	13 (4)	36 (8)									
2	あまりできていない	260 (33)	103 (30)	157 (37)									
3	概ねできている	300 (39)	153 (44)	147 (34)	63	48	0.56	0.42	0.75	0.79	0.56	1.12	
4	できている	127 (16)	66 (19)	61 (14)									
	欠損	9 (1)	1 (0)	8 (2)									
《緩和ケアチームがない施設のみ回答》													
緩和ケアの専門性を持つ医師が、緩和ケアが必要な外来患者を診察している		n=990	n=8	n=982									
	はい	224 (23)	3 (38)	221 (23)	0.141								
	いいえ	742 (75)	3 (38)	739 (75)									
	欠損	24 (2)	2 (25)	22 (2)									
《はいの施設 n=224》													
週1回以上、外来診療を定期的に行っている													
	はい	147 (66)	3 (100)	144 (65)	0.553								
	いいえ	73 (33)	0 (0)	73 (33)									
	欠損	4 (2)	0 (0)	4 (2)									
緩和ケアの専門性を持つ医師が、緩和ケアが必要な入院患者を診察している													
	はい	288 (29)	4 (50)	284 (29)	0.070								
	いいえ	672 (68)	2 (25)	670 (68)									
	欠損	30 (3)	2 (25)	28 (3)									
緩和ケアに関する専門性を持つ複数の医療者が、緩和ケアが必要な患者に対して病棟ラウンドやカンファレンスを行っている													
	はい	181 (18)	4 (50)	177 (18)	0.013								
	いいえ	782 (79)	2 (25)	780 (79)									
	欠損	27 (3)	2 (25)	25 (3)									
《はいの施設 n=181》													
参加している医療職種													
	医師	163 (90)	2 (50)	161 (91)	0.050								
	看護師	168 (93)	4 (100)	164 (93)	1.000								
	薬剤師	120 (66)	3 (75)	117 (66)	1.000								
	その他	99 (55)	3 (75)	96 (54)	0.628								

共変量: 地域, 回答者の緩和ケア経験年数, 緩和ケアチームの有無, チーム活動状況, 平日医師の診療状況, チーム専従看護師の有無

【添付資料3】施設の緩和ケア提供体制の評価に関する研究【表8】

表8 緩和ケアチームがない施設の緩和ケアの状況

	全国 N=777	拠点 n=326	非拠点 n=1434	p-value
《緩和ケアチームがない施設のみ回答》	n (%)	n (%)	n (%)	
	n=990	n=8	n=982	
緩和ケアの専門性を持つ医師が、緩和ケアが必要な外来患者を診察している				
はい	224 (23)	3 (38)	221 (23)	0.141
いいえ	742 (75)	3 (38)	739 (75)	
欠損	24 (2)	2 (25)	22 (2)	
《はいの施設 n=224》				
週1回以上、外来診療を定期的に行っている				
はい	147 (66)	3 (100)	144 (65)	0.553
いいえ	73 (33)	0 (0)	73 (33)	
欠損	4 (2)	0 (0)	4 (2)	
緩和ケアの専門性を持つ医師が、緩和ケアが必要な入院患者を診察している				
はい	288 (29)	4 (50)	284 (29)	0.070
いいえ	672 (68)	2 (25)	670 (68)	
欠損	30 (3)	2 (25)	28 (3)	
緩和ケアに関する専門性を持つ複数の医療者が、緩和ケアが必要な患者に対して病棟ラウンドやカンファレンスを行っている				
はい	181 (18)	4 (50)	177 (18)	0.013
いいえ	782 (79)	2 (25)	780 (79)	
欠損	27 (3)	2 (25)	25 (3)	
《はいの施設 n=181》				
参加している医療職種				
医師	163 (90)	2 (50)	161 (91)	0.050
看護師	168 (93)	4 (100)	164 (93)	1.000
薬剤師	120 (66)	3 (75)	117 (66)	1.000
その他	99 (55)	3 (75)	96 (54)	0.628

【添付資料4】 がん対策緩和ケア指標の推移の検証と目標値の設定に関する研究
 がん対策進捗管理指標「緩和ケア分野」（2018年5月21日版）
 指標の色分け

	測定可能と考えられるもの
	協力施設や代理指標等を用いて測定可能と考えているもの
	測定を試行するが、継続的に測定可能かどうか不明なもの
	測定が困難と予想されるもの

死亡場所	
1	指標名：死亡場所（自宅） データ源：人口動態調査（毎年/翌年9月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の自宅死亡割合
2	指標名：死亡場所（施設） データ源：人口動態調査（毎年/翌年9月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の施設死亡割合
医療用麻薬の利用状況	
3	指標名：主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量 データ源：厚生労働省【算出可能データで代理指標とする】 対象（分母）： （絶対値） 算出法（分子）： 主要な医療用麻薬（経口モルヒネ＋経腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）の消費量（g/年）
緩和ケア専門サービスの普及	
4	指標名：専門的緩和ケアサービスの利用状況 データ源：医療施設調査等【拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数、緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要】 対象（分母）： 全医療機関 算出法（分子）： 過去1年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・（機能強化型）在宅療養支援診療所・（機能強化型）訪問看護ステーションを利用したがん患者数（延べ数）
緩和ケア専門人員の配置	
5	指標名：専門・認定看護師の専門分野への配置 データ源：専門・認定看護師調査 対象（分母）： 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 算出法（分子）： 「緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事できている」と回答した割合
一般医療者に対する教育	
6	指標名：緩和ケア研修修了者数 データ源：厚生労働省（発行修了証数） 対象（分母）： （絶対値） 算出法（分子）： 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了医師数
一般市民への普及	
7	指標名：一般市民の緩和ケアの認識 データ源：がん対策に関する世論調査 対象（分母）： 一般市民 算出法（分子）： 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげることというこ

		とをよく知っている」,「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合
8	指標名：一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源：がん対策に関する世論調査 対象（分母）： 一般市民	算出法（分子）： 「がんの痛みに対して使用する医療用麻薬は、精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合
緩和ケアに関する地域連携		
9	指標名：地域多職種カンファレンスの開催状況 データ源：がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象（分母）： がん診療連携拠点病院	算出法（分子）： 都道府県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数
がん患者のQOL		
10	指標名：がん患者のからだのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある」という問いに対し、「あまりそう思わない」,「そう思わない」と回答した割合
11	指標名：がん患者の疼痛 データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある」という問いに対し、「あまりそう思わない」,「そう思わない」と回答した割合
12	指標名：がん患者の気持ちのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「気持ちがつらい」について「あまりそう思わない」,「そう思わない」と回答した割合
終末期がん患者の緩和ケアの質		
13	指標名：医療者の対応の質 データ源：遺族アンケート調査【平成30年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合
終末期がん患者のQOL		
14	指標名：終末期がん患者の療養場所の選択 データ源：遺族アンケート調査【平成30年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合
家族ケア		
15	指標名：家族の介護負担感 データ源：遺族アンケート調査【平成30年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合

● 各指標データ

死亡場所に関する状況	
1	指標名：死亡場所（自宅） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の自宅死亡割合
2	指標名：死亡場所（施設） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の施設死亡割合
備考	<p>がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合と併せて、施設死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死(good death)に対する重要な要素となっている。がん患者遺族を対象とする調査では、半数以上が療養場所や死亡場所として自宅を希望したことが示されている。</p> <p>グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によっては、自宅ではなく施設(老人ホーム・介護老人保健施設)に含まれてしまっている可能性がある。</p>

死亡場所(自宅・施設割合) (%)

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28*
自宅	5.7	6.2	6.7	7.3	7.4	7.8	8.2	8.9	9.6	9.9	10.4	11.0
施設	0.6	0.8	0.9	1	1.2	1.4	1.6	2.0	2.2	2.6	2.9	3.3

*平成 28 年 1 月 1 日～平成 28 年 12 月 31 日

医療用麻薬の利用状況

3	<p>指標名：主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量 データ源：厚生労働省【算出可能データで代理指標とする】 対象（分母）： （絶対値）</p> <p style="text-align: right;">算出法（分子）： 主要な医療用麻薬（経口モルヒネ＋経腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）の消費量（g/年）</p>
---	--

備考 がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬の算出可能データとして、「主要な医療用麻薬（モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算（g）の全消費量」から「周術期の鎮痛薬として使用されることも多いフェンタニル注射液年間消費量 モルヒネ換算（g）」を除いた数値を代理指標とする（表記はKg単位）。

なお、医療用麻薬の消費量は国単位の国際比較ではよく用いられる場合はあるが、指標としては法規制の指標（医療用麻薬が使用できるかどうか）と考えられており、国内の同じ法規制下にある状況下で、施設単位、地域単位の国内のがん疼痛管理の指標としての用いることができるかどうかは検討課題となっている。がん疼痛緩和の質を評価する方法については、研究班（細川班）の研究結果を踏まえて検討していく必要がある。

主要な医療用麻薬の消費量（g/年）（モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算（g））

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28*
(A) モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの年間合計消費量 モルヒネ換算(g)	4,053,423	5,163,710	5,304,662	5,251,049	5,249,506	5,226,454	5,149,456	4,921,041	4,798,401
(B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算(g)	175,507	219,315	246,946	272,708	336,224	311,856	330,361	325,396	287,073
(A)-(B)	3,877,915	4,944,396	5,057,716	4,978,341	4,913,283	4,914,598	4,819,094	4,595,645	4,511,328

出典：厚生労働省，*平成28年1月1日～平成28年12月31日

緩和ケア専門サービスの普及状況

4	<p>指標名：専門的緩和ケアサービスの利用状況</p> <p>データ源：医療施設調査等【拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要】</p> <p>対象（分母）： 全医療機関</p>	<p>算出法（分子）： 過去 1 年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・（機能強化型）在宅療養支援診療所・（機能強化型）訪問看護ステーションを利用したがん患者数（延べ数）</p>
備考	<p>専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。</p>	

医療施設調査：緩和ケアの状況

		H20	H23	H26
緩和ケア病棟あり	施設数	229	279	366
	病床数	4,230	5,122	6,997
	9月中の取扱患者延数	70,542	87,483	106,235
緩和ケアチームあり	施設数	612	861	991
	9月中の患者数	16,349	23,374	28,042
	（再掲）新規依頼患者数	3,453	5,191	7,793

拠点病院現況報告書

	H25(年度)	H26(年度)*
緩和ケアチーム：年間新規診療症例数	56,655	57,029†
緩和ケア外来：年間新規診療症例数	21,109	20,756‡

*平成 26 年 1 月 1 日～平成 26 年 12 月 31 日，†398 施設/401 施設の回答，‡397 施設/401 施設の回答

緩和ケア専門人員の配置状況

5	<p>指標名：専門・認定看護師の専門分野への配置 データ源：専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】 対象（分母）：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 算出法（分子）：「緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任として従事できている」と回答した割合</p>
---	---

備考 がん診療連携拠点病院の指定要件では、緩和ケア提供体制の整備のため、緩和ケアチームまたは緩和ケアセンターに、公益社会法人看護協会が認定するがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師のいずれかを専従として配置することが示されていることから、専門領域への配置状況を確認する指標とする。

下記数値は、業務全体に占める緩和ケアの割合であり、緩和ケア領域の専門分野(緩和ケアチーム、緩和ケアセンター、相談支援センター等)の業務に限定しない一般的な診療環境で提供されるケアも含まれている。

参考として、医師については日本緩和医療学会の専門医数を指標とする。

専門看護師・認定看護師の業務全体に対する緩和ケアへの従事割合(%)

	がん看護 専門看護師 (n=173)	緩和ケア 認定看護師 (n=618)	がん性疼痛 認定看護師 (n=249)
1-19%	15.6	13.4	18.5
20-49%	27.2	23.3	30.1
50-79%	25.4	20.2	17.7
80-99%	21.4	20.2	16.5
100%	9.2	22.0	16.1

(日本看護協会調べ：平成26年8～9月)

一般医療者に対する教育状況

6	指標名：緩和ケア研修修了医師数 データ源：厚生労働省（発行修了証数） 対象（分母）： （絶対値）	算出法（分子）： 緩和ケア研修会の修了医師数
備考	がん対策の緩和ケアの目標である「5年以内に、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること」という観点から、一般医療者の育成について、がん診療に携わる医師の研修修了者数の全体像を捉える目的で指標とする。 参考として、看護師については「がん医療に携わる看護師研修（日本看護協会）」の研修プログラム修了者を指標とする。	

緩和ケア研修修了医師数

年.月	H20.12	H21.10	H22.12	H24.9	H25.3	H26.9	H27.3	H27.9	H28.3	H28.9	H29.7
修了証 書交付 枚数	1,071	9,260	20,124	36,647	40,550	52,254	57,764	63,528	73,211	81,571	101,019

一般市民への普及状況

7	<p>指標名：一般市民の緩和ケアの認識 データ源：がん対策に関する世論調査（内閣府） 対象（分母）：一般市民</p>	<p>算出法（分子）： 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげることということをよく知っている」、「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合</p>
備考	<p>患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており、がん対策の施策として一般民への普及啓発が進められていることから、罹患前の一般市民への普及啓発状況を把握する指標とする。</p>	
8	<p>指標名：一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源：がん対策に関する世論調査（内閣府） 対象（分母）：一般市民</p>	<p>算出法（分子）： 「医療用麻薬は精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合</p>
備考	<p>患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており、患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が認められている。患者・家族に麻薬の正しい理解が得られないことから、適切に使用されないこともあり、医療用麻薬の正しい認識状況を指標とする。</p>	

がん対策に関する世論調査：緩和ケアについて

質問	回答	H25.1 (N=1883) 割合(%)	H26.11 (N=1799) 割合(%)	H28.11 (N=1815) 割合(%)
がん医療における緩和ケアとは、がんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか	よく知っている	34.3	40.5	26.2
	言葉だけは知っている	29.0	26.8	39.2
	知らない	35.7	31.8	34.0
あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきもの思っていますか	がんと診断されたときから	58.3	57.9	56.1
	がんの治療が始まったときから	22.6	21.8	20.5
	がんが治る見込みがなくなったときから	13.1	13.9	16.2
医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか（複数回答可）	正しく使用すればがんの痛みに効果的だと思う	-	55.7	52.9
	正しく使用すれば安全だと思う	-	52.8	52.7
	だんだん効かなくなると思う	-	37.1	29.1
	最後の手段だと思う	-	32.6	31.5
	いったん使用し始めたらやめられなくなると思う	-	17.7	14.8
	眠気や便秘などの副作用が強いと思う	-	15.3	13.7
	寿命を縮めると思う	-	12.9	11.0
	「麻薬」という言葉が含まれていて、怖いと思う	-	11.6	14.0
	精神的におかしくなると思う	-	10.0	9.3
	がんの治療に悪い影響があると思う	-	2.2	1.8
	使用することは道徳に反することだと思う	-	1.2	2.4
がんの痛みが生じ、医師から医療	使いたい	-	41.3	39.5

用麻薬の使用を提案された場合、医療用麻薬を使用したいと思いませんか	どちらかといえば使いたい	-	31.0	27.9
	どちらかといえば使いたくない	-	19.5	22.0
	使いたくない	-	5.1	7.0

OPTIM 研究：地域住民の医療用麻薬についての知識(介入前 平成 20 年)

質問	回答	割合 (%)
モルヒネなどの医療用麻薬は麻薬中毒になったり、命を縮める	そう思わない	12
	あまりそう思わない	17
	どちらともいえない	38
	そう思う	22
	とてもそう思う	4

出典：OPTIM Report 2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書

緩和ケアに関する地域連携の状況

9	指標名：地域多職種カンファレンスの開催状況 データ源：がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象（分母）： がん診療連携拠点病院	算出法（分子）： 県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携 カンファレンスを開催した回数
---	--	---

備考 地域の緩和ケアに関する連携を促進するためには、多職種カンファレンス等による地域内の医療福祉従事者間のコミュニケーションの向上が寄与する。緩和ケアの地域連携の指標として、地域内の医療機関の連携が実際に行われているかを把握するため、地域多職種カンファレンスの開催数が指標となった。

本指標は、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設の多職種が参加するカンファレンスであり、「退院前カンファレンス」等、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まれない。

拠点病院現況報告書

(403 施設/409 施設の回答)	H26	H27*
地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンス開催回数	1,799	1,463†

*平成 26 年 8 月 1 日～平成 27 年 7 月 31 日， †399 施設/401 施設の回答

がん患者の QOL の状況

10	指標名：がん患者のからだのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「からだの苦痛がある」について「あまりそう 思わない」、「そう思わない」と回答した割合
11	指標名：がん患者の疼痛 データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「痛みがある」について「あまりそう思わ ない」、「そう思わない」と回答した割合
12	指標名：がん患者の気持ちのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「気持ちがつらい」について「あまりそう思 わない」、「そう思わない」と回答した割合

備考 がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和ケアされること」という観点から、がん患者の療養生活の質（Quality-of-life, QOL）として「からだのつらさ」の無さが指標とする。

質問「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある」という問いに対し、回答方法は「1.そう思う」～「5.そう思わない」の5段階評価で4.あまりそう思わない、5.そう思わないと回答した割合とする。

受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として用いることが可能（受療行動調査：3年毎10月実施/翌年9月公表、次回平成26年度実施）。

なお、終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

受療行動調査：心身の状態（悪性新生物患者）

質問	割合(%)				
	H23		H26		
	あまり そう思わない	そう 思わない	あまり そう思わない	そう 思わない	
外来	からだの苦痛がある	14.3	33.0	17.5	31.4
	痛みがある	10.3	40.3	13.3	39.8
	気持ちがつらい	11.8	33.5	13.5	28.8
入院	からだの苦痛がある	16.6	14.8	17.6	17.1
	痛みがある	14.4	22.0	15	23.7
	気持ちがつらい	12.1	18.2	12.3	17.9

出典：受療行動調査

患者体験調査（平成27年1～3月）

質問	割合(%)				
	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまりそう思 わない	そう 思わない
からだの苦痛がある	10.6	23.9	8.1	25.9	31.5
痛みがある	6.3	14.1	7.7	20.0	51.9
気持ちがつらい	8.7	19.6	10.2	22.2	39.3

終末期がん患者の緩和ケアの質の状況

13	<p>指標名：医療者の対応の質 データ源：遺族アンケート調査【平成30年度中に測定予定】 対象（分母）：がん患者遺族 算出法（分子）：「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合</p>
----	--

備考 がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」という観点から、医療者のケアの質（Quality-of-Care, QOC）として「医療者が患者のつらい症状にすみやかに対応していた」かについて指標とした。

対象については、終末期がん患者への調査負担を考慮して遺族調査で代理する。

遺族による緩和ケアの質調査結果

質問	回答	割合(%)		
		H20 拠点病院	H23 一般・拠点病院	H26 一般病院(拠点 病院含む)
医師は患者のつらい症状にすみやかに対応していた	改善の必要が 全くない ほとんどない の合計	55	62	-
(参考指標) 医師は患者のからだの苦痛を和らげるように努めていた	改善の必要が 全くない ほとんどない の合計	-	62	92 (非常にそう思う, そう 思う, ややそう思う の合計)

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE2, J-HOPE3)

終末期がん患者の QOL の状況

14	<p>指標名：終末期がん患者の療養場所の選択 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）：がん患者遺族 算出法（分子）：「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合</p>
備考	<p>がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、「患者が望んだ場所で過ごせたか」を指標とする。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死（good death）に対する重要な要素である。対象については、療養場所の選択が重要となる終末期の患者とし、遺族調査で代理する。</p> <p>なお、QOL は多次元の要素で構成される概念であり単一指標で測定することは困難であるため、終末期がん患者の QOL を評価する場合は、多面的な評価結果を補助資料として解釈することが必要である。</p>

遺族による望ましい死の達成度調査結果

質問	回答	割合(%)		
		H20 拠点病院	H23 一般・拠点病 院	H26 一般病院(拠 点病院含む)
患者は望んだ場所で過ごせた	非常にそう思う			
	そう思う	54	54	44
	ややそう思う			
	の合計			

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（J-HOPE2・J-HOPE3）

家族ケアの状況

15	<p>指標名：家族の介護負担感 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）：がん患者遺族 算出法（分子）：「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合</p>
備考	<p>がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、家族が「介護をしたことで負担感が大きかった」どうかを指標とする。</p>

終末期がん患者の遺族による介護負担感調査結果(平成 19 年)

質問	回答者	割合(%)			
		非常にそう 思う	そう思う	やや そう思う	どちらともい えない～まっ たくそう思わ ない
介護をしたことで自分の時 間や予定が犠牲になった	緩和ケア病棟遺族	7	10	14	70
	在宅緩和ケア遺族	6	10	12	70
介護をしたことで身体的な 負担が多かった	緩和ケア病棟遺族	8	14	21	56
	在宅緩和ケア遺族	13	18	18	52
介護をしたことで精神的負 担が多かった	緩和ケア病棟遺族	18	24	21	36
	在宅緩和ケア遺族	22	24	19	34
介護をしたことで経済的な 負担が多かった	緩和ケア病棟遺族	7	12	15	66
	在宅緩和ケア遺族	6	10	13	70

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE)