

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

地域における効率的・効果的な緩和ケア専門家への  
コンサルテーション体制整備のための研究

医療従事者に対するインタビュー調査とその質的分析：  
緩和医療専門医・認定医不在の施設に所属する認定・専門看護師の  
緩和ケア・医療の専門家への相談ニーズに関する調査

研究分担者 荒尾 晴恵 大阪大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨 本研究は、日本緩和医療学会の専門医・認定医が不在の施設に所属する緩和ケアに携わる認定看護師、専門看護師の専門家へのコンサルテーションニーズを明らかにすることを目的として、WEB アンケート調査を実施した。対象者の緩和ケア提供上の困難として、「心の問題への専門家の助言や支援」の得点が最も高く、次いで「精神症状に対応する知識や技術」となった。また、コンサルテーションニーズは、「症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法」の得点が最も高く、「がん疼痛の非薬物療法の適応」がつついた。対象者は、臨床において複雑性の高いがん患者の症状緩和を行うなかで、専門家に相談ができない困難に直面し、症状緩和に係る相談ニーズを有していた。質の高い緩和ケアを提供するために、認定医・専門医に加えて看護師を含めた専門家によるコンサルテーション体制構築の必要性が示唆された。

## A. 研究目的

我が国では、日本緩和医療学会認定の専門医や認定医などの緩和ケア・医療の専門家の地域偏在や人材不足が課題となっている。そこで、我々は、令和6年度に専門医・認定医が不在の施設に所属する医師を対象に、がん患者への緩和ケア提供上の困難とコンサルテーションニーズを明らかにした (Aoki et al 2025, 太田ら 2025)。緩和ケアの提供は多職種で行われていることから、認定医・専門医が不在であっても、緩和ケア/がん性疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師などの看護の専門職により、がん患者への専門的緩和ケアが提供されている現状がある。これらの看護師は、緩和ケアの専門的知識を有し、看護職を含む医療スタッフへの相談・コンサルテーションの役割を果たしている。そのため、専門医・認定医が不在の施設に所属する医師の視点とは異なるコンサルテーションニーズを有している可能性がある。

そこで、本研究は、日本緩和医療学会の専門医・認定医が不在の施設に所属している緩和ケアに携わる認定看護師、専門看護師を対象に、がん患者への緩和ケアに対する専門家へのコンサルテーションニーズを明らかにす

ることを目的とした。本研究により、看護の専門職のニーズに応じた緩和医療・ケアの専門家によるコンサルテーション体制を整備するための基礎資料を得る。

## B. 研究方法

1. 研究デザイン 量的記述的研究デザイン
2. 研究対象者

日本緩和医療学会認定の専門医・認定医が不在の施設に所属する緩和ケア/がん性疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師を対象とした。対象者の選定にあたり、以下の対象施設および専門・認定看護師に対してそれぞれ選定基準、除外基準を設けた。

### 1) 対象施設

2018年度の病床機能報告に掲載された全国の医療機関のうち、以下の選定基準を満たす施設を選定した。

#### 選定基準

- (1) 施設の看取り件数が20件以上
- (2) がん関連の認定看護師・がん看護専門看護師が在籍している施設
- (3) 日本緩和医療学会専門医・認定医が在籍していない施設
- (4) がん診療連携拠点病院であるか否かは問

わない  
除外基準  
(1)なし

## 2) 認定看護師、専門看護師

令和6年9月時点で公益社団法人日本看護協会の分野別都道府県別登録者検索 (<https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx>) に掲載されており、所属施設が1)の対象施設に該当する緩和ケア/がん性疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師を抽出した。また、氏名が非表示の場合も対象者に含めた。

## 3. 調査項目

調査項目のうち1) 緩和ケア・医療の専門家への相談ニーズ、2) 緩和ケア提供上の困難は、先行研究にもとづき項目案を設定した。その後、調査項目の本研究課題の研究班(医師、看護師、薬剤師、患者)および研究者のネットワークより機縁式に選定したがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師の合計15名を対象に、デルファイ法を実施した。有効回答の得られた9名の結果から、最終的に以下の調査項目を設定した。

### 1) 緩和ケア提供上の困難 (33項目)

「がん患者の緩和ケアにおいて、以下のようなおことをお感じになりますか。」との問いに対して、項目ごとに4段階評価(1: そう思わない~4: とても思う)で回答を得た。

### 2) 緩和ケア・医療の専門家へのコンサルテーションニーズ (22項目)

「がん患者の緩和ケアに関して、緩和ケアの専門家に相談をどの程度したいと感じますか。」の問いに対して、項目ごとに4段階評価(1: そう思わない~4: とても思う)で回答を得た。

### 3) 基本属性

年齢、性別、資格、資格取得後経験年数、所属部署、年間で関わったがん患者数、院内での相談役割の実施状況

### 4) 施設特性

病床数、年間のがん患者の看取り件数、緩和ケアチームの有無

### 4. 分析方法

緩和ケア提供上の困難、コンサルテーショ

ンニーズについて各項目の平均値を算出した。

### (倫理面への配慮)

本研究は、大阪大学医学部附属病院観察研究等倫理審査委員会の承認ならびに研究機関の長の許可を得て実施した(承認番号:24291)。なお、対象者の研究参加への自由意志を保証するため、WEB調査票に研究参加同意に関するチェックボックスを設け、チェックが得られた者を研究対象とした。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の概要

緩和ケア/がん性疼痛看護認定看護師、がん看護専門看護師 1006名に調査依頼文書を郵送した。宛先不明で47名から返送があり374名(37.2%)から回答が得られた。研究参加同意が得られなかった3名、調査票への回答割合が6割未満であった44名を除外し、最終的に有効回答の得られた327名(有効回答率32.5%)を分析した。対象者の概要を表1に示す。

表1. 対象者の概要

変数	n	%
<b>基本属性</b>		
平均年齢 (n = 322)	48.8 ± 6.5	
資格取得後の臨床経験平均年数 (n = 322)	9.9 ± 4.6	
<b>性別 (n = 324)</b>		
女性	303	93.5
男性	17	5.2
答えたくない	4	1.2
<b>資格 (n = 325)</b>		
緩和ケア認定看護師	205	63.1
がん看護専門看護師	67	20.6
がん性疼痛看護認定看護師	53	16.3
<b>主たる所属部署 (n = 325)</b>		
病棟	120	36.9
緩和ケアチーム	83	25.5
一般外来	44	13.5
がん相談支援センター	16	4.9
地域連携関連部門	16	4.9
その他	46	14.2
<b>関わったがん患者数/年 (n = 322)</b>		
1~9人	17	5.3
10~49人	96	29.8
50~99人	107	33.2
100人以上	102	31.7
<b>院内での相談役割の実施状況 (n = 320)</b>		
相談を受けている	279	85.3
相談のある職種の内訳	*複数回答	
看護師	275	98.6
医師	202	72.4
薬剤師	104	37.3
その他	110	39.4
相談を受けていない	41	12.5
<b>施設特性</b>		
<b>病床数 (n = 327)</b>		
99床以下	11	3.4
100~199床	77	23.5
200床以上	239	73.1
<b>がん患者の看取り件数/年 (n = 323)</b>		
49人以下	92	28.1
50~99人	231	70.6
<b>緩和ケアチームの有無 (n = 320)</b>		
あり	264	80.7
なし	63	19.3

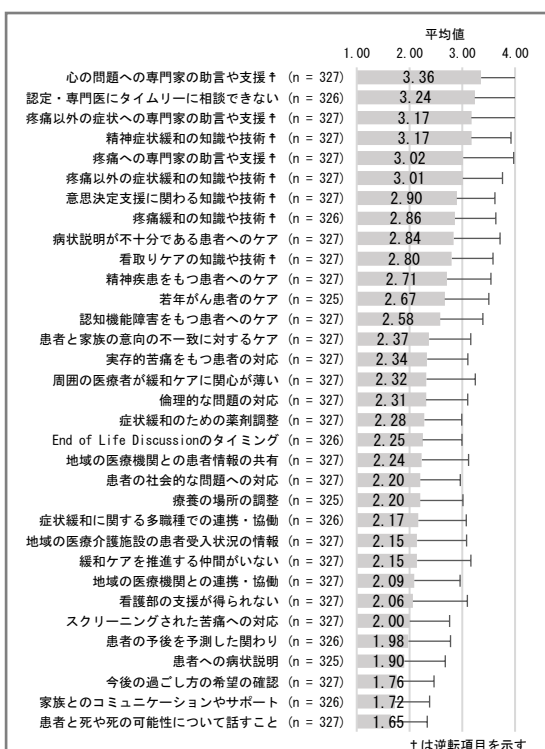
対象者の資格取得後の平均年数は 9.9 ± 標準偏差(以下、SD)4.6 年であり、緩和ケア認定看護師 205 名 (63.1%)、がん看護専門看護師 (緩和ケア/がん性疼痛看護認定看護師資格も持つ 5 名を含む) が 67 名 (20.6%) であった。対象者のうち 120 名 (34.3%) が病棟、83 名 (25.5%) が緩和ケアチームに所属していた。

## 2. 緩和ケア提供における困難

緩和ケア提供における困難の 33 項目のうち、「心の問題への専門家の助言や支援 (3.36 ± SD0.86)」の困難の得点が最も高く、次いで「認定・専門医にタイムリーに相談できない (3.24 ± SD1.0)」、「疼痛以外の症状への専門家の助言や支援 (3.17 ± SD0.88)」への困難の得点が高かった。

また、「精神症状緩和の知識や技術 (3.17 ± SD0.75)」、「疼痛以外の症状緩和の知識や技術 (3.01 ± SD0.75)」、「意思決定支援に関わる知識や技術 (2.90 ± SD0.72)」、「疼痛緩和の知識や技術 (2.86 ± SD0.77)」に関する困難の得点も上位となった。

図 1. 緩和ケア提供における困難の平均値



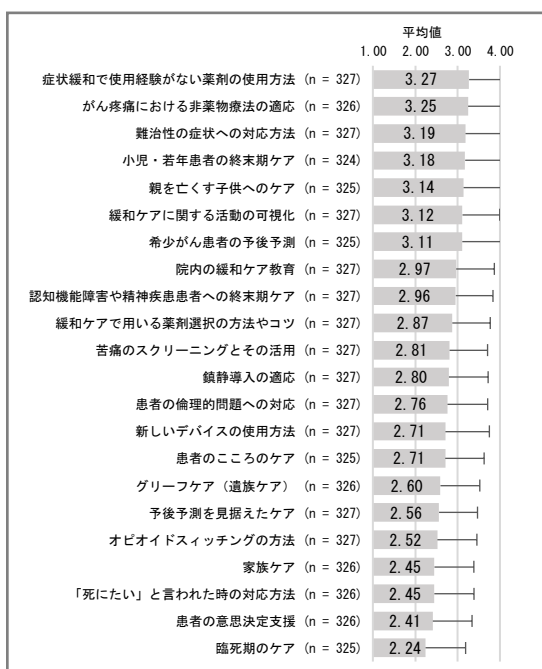
## 3. 緩和ケア・医療の専門家へのコンサルテーションニーズ

緩和ケア・医療の専門家へのコンサルテ

ーションニーズの 22 項目のうち、「症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法 (3.27 ± SD0.84)」の得点が最も高かった。次いで「がん疼痛における非薬物療法の適応 (3.25 ± SD0.93)」、「難治性の症状への対応方法 (3.19 ± SD0.83)」などのコンサルテーションニーズの得点が高かった。

一方、「家族ケア (2.45 ± SD0.93)」、「『死にたい』と言われた時の対応方法 (2.45 ± SD0.94)」、「患者の意思決定支援 (2.42 ± SD0.93)」、「臨死期のケア (2.24 ± SD0.95)」のニーズは下位に留まった。

図 2. コンサルテーションニーズの平均値



## D. 考察

対象者は、日常臨床において心身の症状緩和に関して、相談できる専門家がおらず、またタイムリーな相談ができないという困難を抱えていた。これは、認定医、専門医が不在の施設や環境に置かれているために生じた困難であるといえる。

また、コンサルテーションニーズとして、症状緩和に係る使用経験の薬剤の使用方法や症状緩和の具体的な対応策が明らかになった。これは、病棟や緩和ケアチームに所属している対象者が 6 割を超えており、日常臨床において、対象者が複雑性の高いがん患者への症状緩和への対応を行っているために生じたニーズであると考えられた。

緩和ケア関連の認定看護師、専門看護師が複雑な症状や問題を抱えるがん患者に対して質の高い緩和ケアを提供するうえでは、症状緩和に関わる専門的知見とともに、症状緩和に至る判断過程への支援が必要であると考えられた。そのため、認定医・専門医からの緩和ケアに関わる知識の共有のみならず、緩和ケアに関わる看護師を含めた専門家によるコンサルテーション体制を構築する必要があることが示唆された。

#### E. 結論

本研究により、緩和ケア関連の認定看護師、がん看護専門看護師は、認定医・専門医が不在のなか、複雑性をもつがん患者への症状緩和に関して相談が困難な状況に直面し、症状緩和の具体策についてのコンサルテーションニーズを有していることが明らかになった。これらの結果より、緩和ケアを提供する看護師を支援するためのコンサルテーション体制構築の必要性が示された。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

論文発表

1. Aoki M, Kizawa Y, Arao H, et al. (2025). Identifying physicians' needs in community-based palliative care consultation for cancer patients in palliative care specialist-deficient settings: a qualitative study. Japanese Journal of Clinical Oncology, 55(2), 131-139.
2. 太田有咲, 木澤義之, 荒尾晴恵, 他 (2024). 緩和ケアの専門家が不在の施設に所属する医師が抱くがん患者への緩和ケア提供上の困難. Palliative Care Research, 19(4), 307-316.
3. 高尾鮎美, 木澤義之, 荒尾晴恵, 他 (2025). 緩和ケアの専門家がない環境で質の高い緩和ケアを提供するための方略: スコーピングレビュー. Palliative Care Research, 20(1), 9-21.

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

学会発表

1. 太田有咲, 木澤義之, 荒尾晴恵, 他. 緩和ケアの専門家が不在の施設に所属する医

師が抱く緩和ケア提供上の困難. 第29回日本緩和医療学会学術大会・第37回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術大会, 2024年6月, 神戸

2. 青木美和, 木澤義之, 荒尾晴恵, 他. 緩和ケアの専門家が不在の施設に所属する医師のコンサルテーションニーズ. 第29回日本緩和医療学会学術大会・第37回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術大会, 2024年6月, 神戸

#### H. 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  
特記すべきことなし。

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

地域における効率的・効果的な緩和ケア専門家への  
コンサルテーション体制整備のための研究  
精神・心理的苦痛緩和に関するコンサルテーションモデルの開発

研究分担者 秋月 伸哉 都立駒込病院 精神腫瘍科 部長

研究要旨 地域コンサルテーションモデルの実施可能性評価のための前向き観察研究として行う、北海道内のがん診療拠点病院以外の病院をモデル病院とした地域緩和ケアコンサルテーションについて、サイコオンコロジー領域のコンサルテーション協力者を募り、12名を登録した。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院以外で専門的緩和ケアを適切に提供するため、遠隔コンサルテーションを含む地域コンサルテーションモデルを実施する。そのための準備としてコンサルテーションチームを組織する。

B. 研究方法

2024年12月に日本サイコオンコロジー学会に所属する精神腫瘍医よりコンサルタントとして活動可能な医師をリストアップし協力を募る。協力に同意した医師をWebコンサルテーション Compassion Connect（通称 C-Connect: <https://compassion-connect.net/>）に登録する。

（倫理面への配慮）

臨床介入チームの組織作りであり倫理面の問題は発生しない。

C. 研究結果

研究代表者である木澤義之と分担研究者である秋月伸哉が協議し、日本サイコオンコロジー学会精神腫瘍医と北海道で活動する精神腫瘍医から候補者をリストアップし、2024年12月に協力要請した。協力を表明した12名の医師に趣旨を2025年1月に説明し、Webコンサルテーション Compassion Connect（通称 C-Connect : <https://compassion-connect.net/>）に登録した。

・協力者一覧

秋月 伸哉 都立駒込病院  
井上 真一郎 新見公立大学

上村 恵一 斗南病院  
榎戸 正則 国立がん研究センター東病院  
岡島 美朗 自治医科大学さいたま医療センター  
小川 朝生 国立がん研究センター東病院  
菊地 未紗子 済生会小樽病院  
倉田 明子 広島大学病院  
小早川 誠 広島赤十字・原爆病院  
船橋 英樹 宮崎大学医学部附属病院  
松山 哲晃 北海道がんセンター  
藤澤 大介 慶應義塾大学病院

D. 考察

コンサルタントとしても専門家がいらない施設や地域への遠隔コンサルテーションへの関心が高く、多くの医師が協力を表明した。

E. 結論

コンサルテーション活動対象地である北海道を中心としたサイコオンコロジーに関するコンサルタントを登録した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表

1. 秋月伸哉 【社会の中のがん医療・学際的腫瘍学】 Psycho-oncology がんとの心のケア(解説) 腫瘍内科 34 (6) 572-575 2024
2. 秋月伸哉 【緩和医療-がん医療における心のケア】 がん医療における心のケア 本邦の動向 カレントデビー 42 (10)

802-806 2024

3. 秋月伸哉 日常診療における診療ガイドラインのエッセンス (No. 14) がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン 2022 年版 日本医師会雑誌 153 (6) 630-631 2024
4. 秋月伸哉 【リエゾン・コンサルテーションにおける精神科薬物療法】緩和ケア領域における精神科薬物療法の実際 臨床精神薬理 27 (8) 773-778 2024
5. 秋月伸哉 【薬の使い方がすぐわかる 泌尿器科処方ガイド】周術期 術後愁訴と合併症 せん妄 臨床泌尿器科 78 (4) 303-305 2024
6. 秋月伸哉 【薬の使い方がすぐわかる 泌尿器科処方ガイド】周術期 ハイリスク患者の管理 精神疾患を伴う患者 臨床泌尿器科 78 (4) 293-2979 2024
7. 秋月伸哉 日本サイコオンコロジー学会 臨床精神医学 53 (12) 1473-1476 2024

### 3. その他

特記すべきことなし

#### 学会発表

1. 秋月伸哉、JSPM 理事長×JPOS 代表理事講演 「がん患者のこころの支援 日本サイコオンコロジー学会」、第 29 回日本緩和医療学会学術大会/第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術集会、2024 年 6 月
2. 秋月伸哉、コミュニケーションをどこで学ぶか、学ぶ機会をどうつくるか? 「SHARE-CST コミュニケーション技術研修」、第 29 回日本緩和医療学会学術大会/第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術集会、2024 年 6 月
3. 秋月伸哉、終末期のせん妄、第 29 回日本緩和医療学会学術大会/第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術集会、2024 年 6 月

#### H. 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

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

緩和ケアに関するリソースが不足しているがん診療を行う病院の医師の緩和ケアに関する相談ニーズに関する研究

研究分担者 中澤 葉宇子 国立がん研究センターがん対策研究所  
がん政策評価研究部 指標モニタリング評価研究室長

研究要旨 わが国では、がん患者のおよそ半数は緩和ケア専門医がいない病院で死亡しているが、それらの病院に勤務する医師が感じる緩和ケアの困難さは明らかになっていない。本研究では、がん診療連携拠点病院ではない病院に勤務する医師が感じる緩和ケアの困難さを明らかにし、医師および所属病院の特性による専門医への相談ニーズを把握する。2023, 12月に全国の126病院に所属する病院勤務医2,160人と病院に勤務する認定家庭医579人を対象に質問紙調査を実施し、緩和ケアの困難感および相談ニーズを評価し、病院のがん死亡数による比較を行った。計430人を解析対象とした。症状緩和の困難感は、年間のがん患者診療数が少ない方が高かった。地域に緩和ケアの救急対応施設がある場合、困難感が低かった。最も多い相談ニーズは、使用に慣れていない薬剤および薬剤選択に関する助言であった。年間のがん死亡数が50人未満の病院の医師は、症状緩和のための神経ブロック（OR:1.57, 95%CI:1.05-2.35）および放射線治療（OR:2.47, 95%CI:1.62-3.82）に関する相談ニーズが有意に高かった。医師および病院の特性によって、緩和ケアの困難さと相談ニーズは異なっていた。

#### A. 研究目的

わが国では、がん対策基本法に基づき、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す）に緩和ケアチームの整備が進められてきた。しかし、拠点病院のうち、緩和ケア専門医が配置されている病院は58%に留まっている。緩和ケア専門医の不足は、拠点病院以外で特に深刻な状況である。

先行研究では、わが国のがん患者の約60%は拠点病院で治療を受けている一方で、約50%は非拠点病院で死亡していることが明らかになった。

がん政策は、これまで主に拠点病院の整備に焦点が当てられてきたため、その他の病院への支援体制が不十分になっている可能性がある。多くのがん患者は、非拠点病院で最期の時を過ごしており、それらの病院でがん患者を診療する医師は、緩和ケアの提供において多くの困難に直面している可能性がある。しかしながら、これらの医師の困難については十分に検討されてこなかった。

本研究では、緩和ケア専門医のいない病院に勤務する医師が感じる緩和ケア提供の困難

さを記述し、それが医師や病院の特性とどのように関連しているかを明らかにする。また、緩和ケア専門医への相談ニーズを評価し、政策立案のための基礎データを提供することを目的とする。

#### B. 研究方法

本研究は、郵送質問紙調査による横断的な観察研究である。

##### 1. 調査対象者

下記の条件を満たす病院医と、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医とした。

##### 1) 病院医

以下、①から③を満たす施設から抽出され126施設の全常勤医師 2,160名

- ① がん患者死亡数 20件/年以上の病院（2018年）
- ② がん診療連携拠点病院・ホスピス緩和ケア病棟がある病院 ではない病院（2023年）
- ③ 日本緩和医療学会が認定する認定医・

専門医がいない病院（2023年）  
2) 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医 579名（2023年）

家庭医療専門医のうち、拠点病院・ホスピス緩和ケア病院・緩和ケア医療学会専門医・認定医がいる病院の医師は、解析対象外とした。

## 2. 調査項目

### 1) 緩和ケアの困難感

緩和ケアの提供における困難は、「緩和ケア困難尺度」を用いて評価した。この尺度は、①症状緩和、②専門家の支援、③患者・家族とのコミュニケーションの3つの下位尺度から構成される。各項目は、「まったくない」から「非常にある」までの4段階リッカート尺度（1～4点）で評価され、スコアが高いほど困難が大きいことを示す（総スコア範囲：1～4）。この尺度の信頼性と妥当性は、既存の研究で確認されている。

### 2) 緩和ケア専門医への相談ニーズ

緩和ケア専門医への相談ニーズは、先行した質的研究結果をもとに項目化した。調査項目の妥当性を確保するために、1ラウンド・デルファイ法が用いられた。パネルには、プライマリ・ケア医2名、緩和ケア医1名、サイコオンコロジスト1名、看護師1名、緩和ケア薬剤師3名、患者団体代表1名が参加した。

各項目は9点尺度で妥当性を評価し、平均値が上位16項目を調査項目として採用した。内容は、「使用経験がない薬剤の使用方法」「薬剤選択の助言」「難治性症状の対応方法」「患者のこころのケア」「緩和ケア目的の神経ブロックの適応」「緩和ケア目的の放射線治療の適応」などを含めた。

### 3) 調査期間

2023年12月～2024年2月に、対象者が所属する施設に調査票書類を発送した。発送後1カ月の時点で、リマインドの依頼文を送付した。回答方法は、調査票の返送またはWEB回答フォームへの登録とした。

### 4) 統計解析

政策介入の標的を明らかにするため、背景要因に基づいて困難感スコアを比較した。また、病院でのがん死亡者数によって介入対象を見出すため、年間がん死亡者数が50人以上と50人未満の2群に分けて、相談ニーズを比

較した。このカットオフは、50人以下の病院の95%以上が緩和ケア専門医や関連資源を持たないという選考研究に基づいており、支援格差の把握に有用であると判断された。

群間比較は、連続変数にはt検定、カテゴリ変数にはカイ二乗検定を用いた。次に、共変量で調整したうえで、一般化線形モデルを用いて背景因子と困難スコアとの関連を評価した。加えて、ロジスティック回帰モデルを用い、病院のがん死亡者数に基づいた相談ニーズのオッズ比（OR）を推定した。両モデルでの共変量は、所属病院の年間がん死亡数、医師の年齢、専門分野である。すべての解析はSASバージョン9.4（SAS Institute, Cary, NC, USA）を用いて実施した。

### （倫理面への配慮）

本研究は、社会医療法人愛仁会明石医療センターの倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2023-26）。

## C. 研究結果

最終的な分析対象は430名だった。内訳は病院勤務医が314件、プライマリ・ケア医が116件であった（図1参照）。

表1は、分析対象医師の特性概要を示した。参加者の平均年齢は49.1歳（SD±12.7）であり、69.5%の医師が基本的な緩和ケア研修を修了していた。年間のがん関連死亡数が50人未満の病院では、50人以上の病院よりもプライマリ・ケア認定医の割合が高かった（32.6% vs. 20.7%、 $P=0.01$ ）。

### 1) 緩和ケアの困難感

過去1年間に診療したがん患者数が10人未満の医師は、50人以上診療した医師と比べて、症状緩和において有意に大きな困難を感じていた（差 -1.6、95%信頼区間：-2.4～-0.8）。また、基本的な緩和ケア研修を受講していない医師は、受講済みの医師と比較して、症状緩和の困難さ（差 -1.3、95%CI：-1.7～-0.8）および患者・家族とのコミュニケーションの困難さ（差 -0.8、95%CI：-1.3～-0.3）が有意に高かった。さらに、症状緩和や終末期ケアへの関心が高い医師ほど、症状緩和および患者・家族とのコミュニケーションに関する困難スコアが低かった（表2）。

地域に救急受け入れ施設が存在しない場合、PCDSのすべての領域において困難さが高かったことが示されている（表3）。

## 2) 緩和ケア専門医への相談ニーズ

相談ニーズが最も高かったのは、「使用経験が無い薬剤の使用方法」(57.7~60.2%)、「薬剤選択の助言」(53.4~60.1%)、および「難治性症状の対応方法」(52.9~53.9%)であった(図2)。

病院のがん死亡数別に相談ニーズを比較すると、50人未満の病院では、「緩和ケア目的の神経ブロックの適応」(調整済オッズ比1.57、95%CI:1.05~2.35)、「緩和ケア目的の放射線療法の適応」(調整済OR2.47、95%CI:1.62~3.82)、および「予後予測」(調整済OR1.57、95%CI:1.01~2.46)に関するニーズが高かった。

一方、年間のがん死亡者が50人以上の病院では、「薬剤選択の助言」(調整済OR0.63、95%CI:0.42~0.95)および「患者のこころのケア」(調整済OR0.57、95%CI:0.38~0.84)への相談ニーズが特に高かった。

## D. 考察

本研究では、緩和ケア専門医がいない病院の医師の困難感および専門医への相談ニーズを明らかにした。

### 1) 緩和ケアの困難感

年間のがん患者診療数10人未満の医師は、最も高い困難スコアを示しており、臨床経験の少なさが困難感を強めていることが示唆された。また、基本的な緩和ケア研修を受講していない医師は、症状緩和やコミュニケーションにおいて有意に高い困難を報告しており、この結果は、教育介入が緩和ケア提供の困難軽減に有効であることを示した先行研究と一致する。

さらに、専門家の支援が得にくい困難感は、地域に救急医療体制などの支援システムが整っているかどうかに関連して低下しており、これはオーストラリア、英国、カナダにおける地域密着型緩和ケアプログラムの導入が患者アウトカムを改善したとする国際的な研究結果とも一致する。

### 2) 緩和ケア専門医への相談ニーズ

本研究では、具体的な相談ニーズも明らかにし、専門的介入のための実用的な指針を示した。最も多かった相談ニーズは、使用経験がない薬剤の使用方法、薬剤選択の助言、難治性症状の対応方法であった。これらの相談ニーズは、病院の年間がん死亡者数によって

大きく異なっていた。

年間のがん死亡数が50人未満の病院では、神経ブロックや放射線療法の適応判断に対する専門医の相談ニーズが高く、手技に関する専門性が不足している現状を反映している。また、予後予測に関する相談ニーズも高く、これは予後予測ツールの教育機会の不足や、それらが日常臨床に統合されていないことが背景にあると考えられる。

一方で、がん死亡者が多い病院では、心理的ケアや薬剤選択に関する助言のニーズが高く、患者のニーズが複雑であることが反映されている。これらの知見は、専門医がいない状況での相談ニーズの理解を深めるものである。

これまでの研究は、専門医の存在がケアの質向上に貢献することに焦点を当てていたが、本研究は、病院ごとのがん死亡者数に応じてニーズがどのように異なるかを示した点で新たな知見を提供する。こうした多様なニーズに対応するために、遠隔医療を含む柔軟な相談支援体制の整備が有効であると考えられる。

### 3) 専門的介入への示唆

専門的介入を最適化するには、以下のような戦略が求められる。

- ① 研修プログラム:年間がん死亡数が50人未満の病院に勤務する医師を中心に、基本および高度な緩和ケア研修へのアクセスを拡充し、複雑なケースに対応できる能力と自信を育成する。
- ② 相談支援体制:病院のニーズに応じた遠隔・対面の相談支援体制を構築する。たとえば、年間50人以上の死亡者がいる病院では薬剤指導、50人未満の病院では神経ブロックなど手技的介入に関する相談体制が重要となる。
- ③ 資源配分:救急部門や多職種チームなどの地域支援体制を強化し、制度的な制約を乗り越えた緩和ケア提供を可能にする。
- ④ 協働関係の構築:専門医と一般医の間に信頼関係を築くため、定期的な現地訪問、症例検討会、教育セッションなどを実施する。これにより、相談への心理的ハードルを下げ、支援的なケア体制を促進することができる。

### 4) 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、病院勤務医の回答率が比較的 low、選択バイアスの可能性がある。第二に、緩和ケアへの関心やプライマリ・ケア認定の有無は交絡因子としてではなく、アウトカム関連要因として扱った。これらが病院のがん死亡数および専門医相談ニーズに影響する場合、残余交絡が生じる可能性はあるが、現実の臨床実態を反映させるために含めた。

#### E. 結論

本研究は、緩和ケア専門医がいない病院に勤務する医師が直面する困難と相談ニーズを明らかにした。専門医への相談ニーズは、病院のがん死亡数により異なっていた。こうした課題に対応するには、基本的な緩和ケア教育の充実、地域支援体制の強化、医師の背景や病院の特性に応じた相談支援体制の整備が効果的であり、質の高い緩和ケアの提供に貢献すると考えられる。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. Ishimaru N, Nakazawa Y, Oyamada S, Hamano J, Kizawa Y. Palliative care consultation needs of certified primary care physicians in Japan: nationwide observational study. *Fam Pract.* 2025 Feb 7;42(2):cmf009.

##### 学会発表

特記すべきことなし。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし。

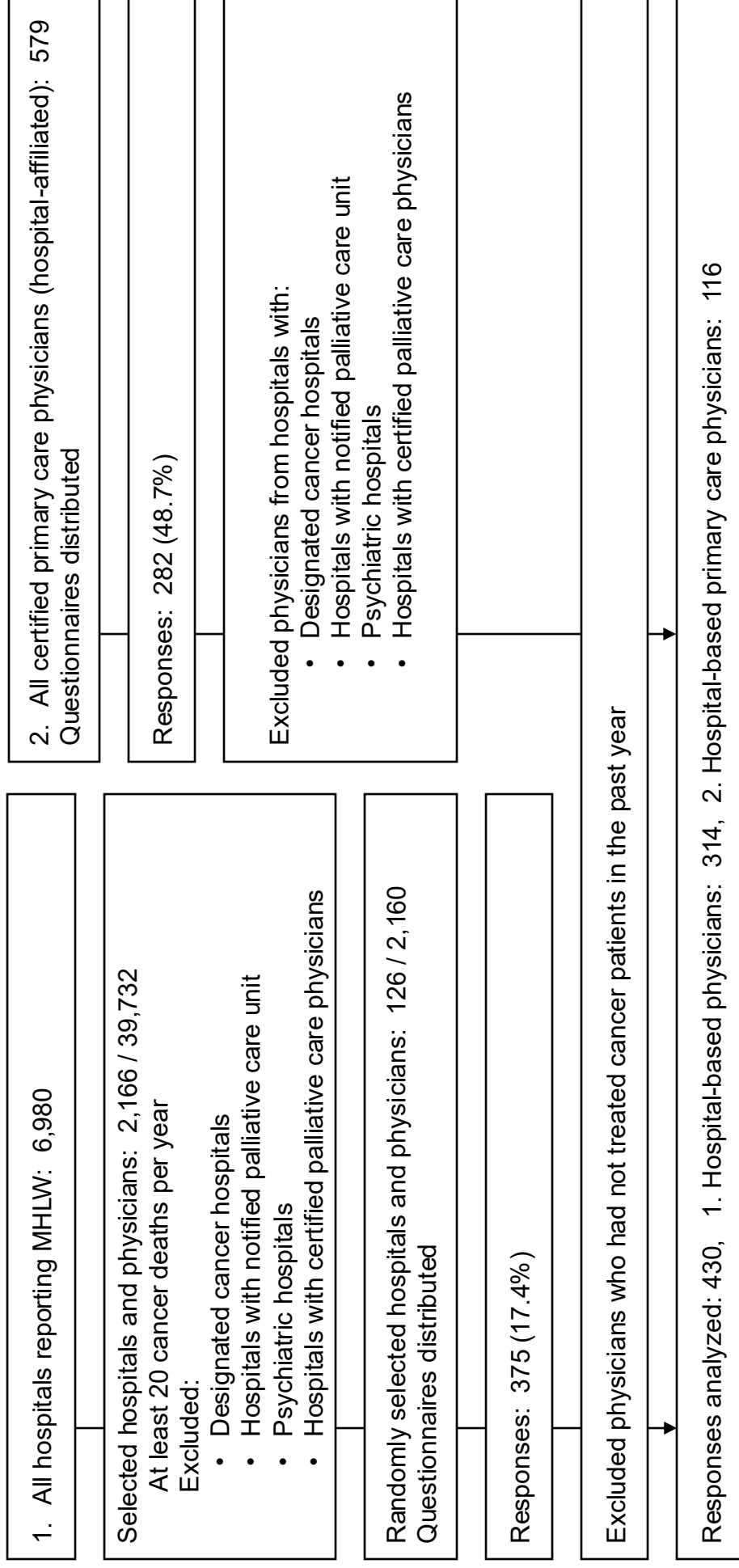
##### 2. 実用新案登録

なし。

##### 3. その他

特記すべきことなし。

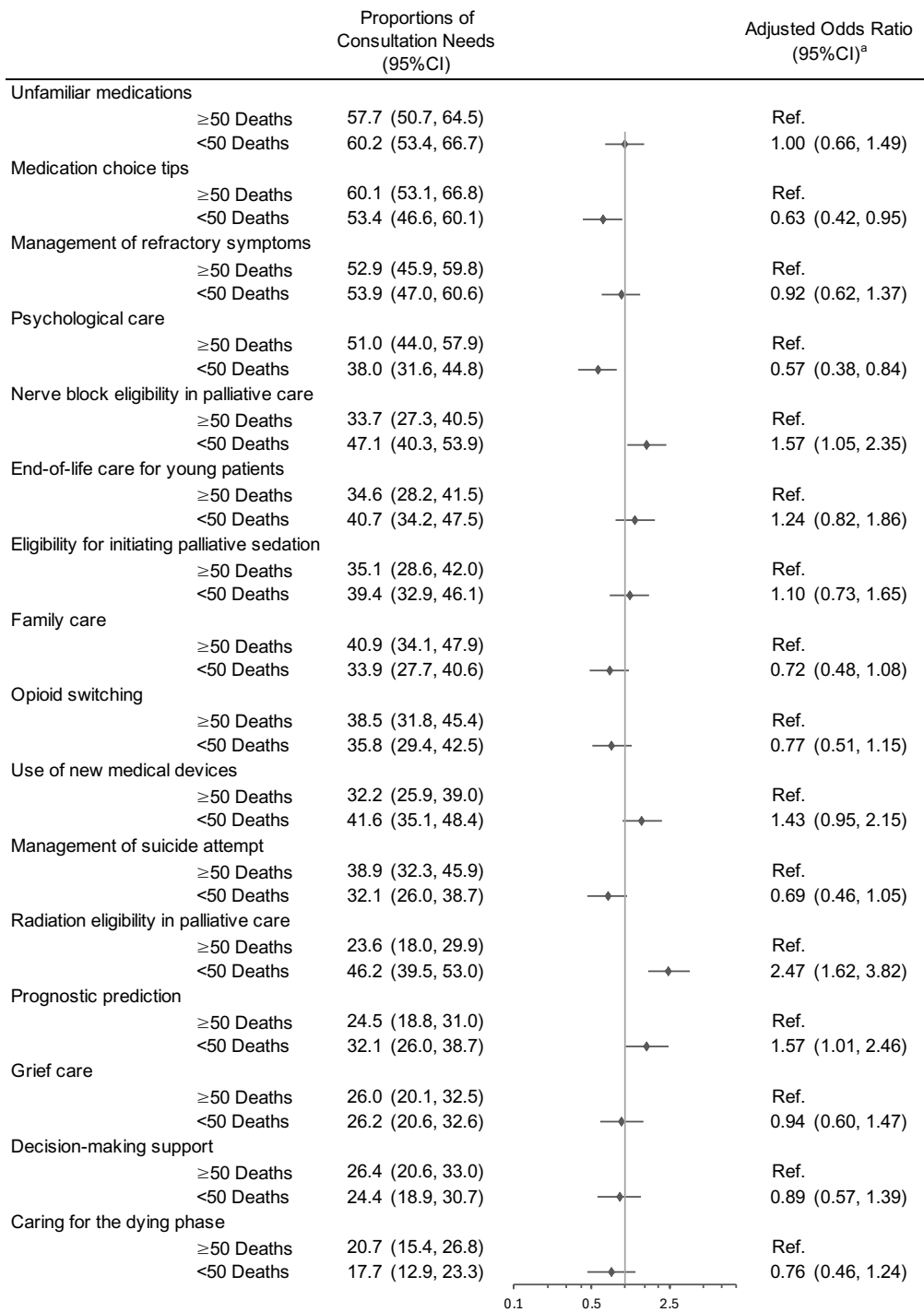
**Figure 1. Survey flowchart**



**表1. Characteristics of participants**

	Total Sample no.	Missing No.	Hospital Cancer Death Volume		P value
			Under 50 221	50 or more 208	
Age, mean ( $\pm$ SD)	49.1 (12.7)	4	50.3 (13.2)	47.8 (12.1)	0.05
20s–30s	121 (28.4)		63 (28.6)	57 (27.8)	0.02
40s–50s	200 (47.0)		91 (41.4)	109 (53.2)	
60s and above	105 (24.7)		66 (30.0)	39 (19.0)	
Specialty		0			
Internal Medicine	253 (58.8)		144 (65.2)	108 (51.9)	0.01
Surgery	90 (20.9)		44 (19.9)	46 (22.1)	
Other	82 (19.1)		32 (14.5)	50 (24.0)	
Anesthesia / Palliative Care	5 (1.2)		1 (0.5)	4 (1.9)	
Primary Care Association Certification		0			
Absent	314 (73.0)		149 (67.4)	165 (79.3)	0.01
Present	116 (27.0)		72 (32.6)	43 (20.7)	
Number of cancer patients treated last year		15			
1–9	200 (48.2)		115 (54.3)	85 (42.1)	<0.001
10–49	163 (39.3)		86 (40.6)	76 (37.6)	
50 or more	52 (12.5)		11 (5.2)	41 (20.3)	
Completion of the basic palliative care training	299 (69.5)	0	147 (66.5)	151 (72.6)	0.17
Interests					
Pain management	358 (83.6)	2	186 (84.2)	171 (83.0)	0.75
Psychiatric symptom care	311 (72.8)	3	165 (75.0)	145 (70.4)	0.29
End-of-Life Care	315 (73.6)	2	173 (78.3)	141 (68.5)	0.02
Palliative care support systems in region or hospital					
Patient support desk	88 (28.3)	119	37 (23.6)	50 (32.7)	0.08
Pain screening system	78 (23.6)	99	26 (15.0)	51 (32.5)	0.00
Nursing counseling	81 (24.0)	93	38 (21.7)	42 (26.1)	0.37
Palliative care specialist	101 (28.1)	70	38 (20.7)	63 (36.0)	0.00
Cancer center or PCU	148 (40.6)	65	75 (39.9)	72 (40.9)	0.91
Emergency admission facility	224 (61.5)	66	108 (58.1)	115 (65.0)	0.20
Non-physician palliative care specialist	143 (43.6)	102	55 (33.1)	88 (54.7)	<0.001
Palliative care educational system	59 (18.9)	117	27 (16.7)	32 (21.3)	0.31

**Figure 2. Comparison of Palliative Care Consultation Needs among Physicians by Number of Hospital Cancer Deaths.**



<sup>a</sup> Adjusted Odds Ratios calculated using logistic regression, adjusted for age and specialty.

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

小児科医の緩和ケアコンサルテーションニーズの調査：  
緩和ケアに関するリソースが不足しているがん診療を行う小児医療機関の  
緩和ケアチームの活動実態把握のための研究

研究分担者 余谷 暢之 国立成育医療研究センター 総合診療部緩和ケア科  
小児がんセンターがん緩和ケア科 診療部長

研究要旨 本研究の目的は小児がん拠点病院と小児専門施設における小児緩和ケアチームの実態について明らかにするために小児がん拠点病院および小児専門施設の緩和ケアチームの緩和ケア担当者を対象に質問紙調査を行った。その結果、小児緩和ケア診療加算を取得している施設は7施設（44%）と半数に満たない結果であった。また、大学病院は既存の緩和ケアチームがある中で、小児緩和ケアチームを新たに作っていくことが難しく、小児病院は専従、専任スタッフの確保が難しいという課題が明らかになった。

#### A. 研究目的

2012年6月に閣議決定された第2期がん対策推進基本計画において、「小児がん」が新たな重点項目となり、その中で小児がん治療施設の集約化と治療中から一貫した疼痛管理、終末期ケアを含めた緩和ケアの充実が明記されたことで、国策として小児緩和ケアの体制整備が進められることになった。2013年に小児がん拠点病院15施設が選定され、それぞれの施設に緩和ケアチームが整備された。その後、他の小児病院でも独自に緩和ケアチームが整備され活動を開始しているが、その実態は明らかになっていない。小児緩和ケアは対象疾患が成人と異なり、成人の枠組みでは診療加算が取れない実態がある。本研究の目的は小児がん拠点病院と小児専門施設における小児緩和ケアチームの実態について明らかにすることである。実態を明らかにすることで今後の診療報酬を含めた体制整備のための基礎資料となる。

#### B. 研究方法

小児がん拠点病院および小児専門施設の緩和ケアチームの緩和ケア担当者を対象に質問紙調査及び、Webもしくは対面によるインタビュー調査を行う。

##### ①質問紙調査

以下の項目について小児緩和ケアチームのリーダー宛にWeb質問紙を送付し、回答を回収

する。

- ・施設名
- ・回答者の職種（記述式）
- ・昨年1年間の初診の総数（記述式）
- ・昨年1年間の施設全体の入院総数（記述式）
- ・緩和ケアチームの構成：ラウンドを行うコアメンバー（複数選択）、定期ミーティングなどを行うメンバー（複数選択）
- ・緩和ケアの専門資格を有するメンバー：緩和医療専門医、認定医、CNS/CN、緩和医療薬剤師、CLIC受講人数
- ・チーム設立年度（記述式）
- ・緩和ケア診療加算の取得
- ・緩和ケアチームの実態：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：Y/N、緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数：○日/週、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：Y/N
- ・対象年齢層（複数選択）：出生前、新生児、乳児、幼児・学童、思春期、青年期、25歳以上
- ・チームのコンサルテーション対応範囲（複数選択）：小児がん、非がん、PICU、NICU
- ・昨年度チームのコンサルテーション実績

(複数選択)：小児がん、非がん、PICU、NICU  
・コンサルテーション依頼への対応（1つ選択）：平日日中のみ、平日 24 時間、毎日日中のみ、24 時間年中無休、その他  
・コンサルテーション依頼元（複数選択）：医師、医師以外の医療者、患者、家族  
・他施設への支援・アウトリーチの実態  
・院内勉強会（具体的に）  
・地域に向けた勉強会（具体的に）  
・組織、構造上の課題（自由記載）  
・実践における課題（自由記載）  
・自由記述 困りごと  
・自由記述 活動を行う際に工夫していること

## ②インタビュー調査

緩和ケアチームの医師、看護師（いずれかもしくは両方）を対象に、以下のインタビューフォームに沿って Zoom を用いたインタビューもしくは対面でのインタビューを行う。

### 【対象疾患に対する介入】

疾患別の緩和ケアチーム介入の実践と介入可能性について

- ・小児がん
- ・NICU
- ・胎児
- ・PICU
- ・循環器
- ・CCC（染色体異常・神経疾患・消化器疾患など）

CCC: 複数の異なる臓器系または 1 つの臓器系が重症化し、その状態が少なくとも 1 年以上続く（もしくはその間に亡くなる）可能性が高く、専門的な治療を必要とする医学的状态

### 【メンバーについて】

小児緩和ケアチームメンバーに求められる資質

- ・医師に求めるもの
- ・看護師に求めるもの
- ・薬剤師に求めるもの
- ・栄養士に求めるもの
- ・心理士に求めるもの
- ・他に必要な職種

### 【基準】

具体的なチーム活動の実際と理想のチームの在り方について

(倫理面への配慮)

質問紙の冒頭に「同意します・しません」のチ

ェック欄を設けて適切な同意を取得する。

## C. 研究結果

現在のところ、質問紙調査は以下の 16 施設から回答を得た。

小児がん拠点病院かつ大学病院 6 施設

- ・北海道大学病院
- ・東北大学病院
- ・名古屋大学病院
- ・三重大学病院
- ・京都大学病院
- ・九州大学病院

小児がん拠点病院かつ小児病院 5 施設

- ・埼玉県立小児医療センター
- ・東京都立小児総合医療センター
- ・国立成育医療研究センター
- ・神奈川県立こども医療センター
- ・静岡県立こども病院

その他の病院 5 施設

- ・宮城県立こども病院
- ・茨城県立こども病院
- ・長野県立こども病院
- ・日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
- ・大阪大学病院

年間介入研修は 0-149 件で中央値が 19 件であった。このうち年間 50 件以上の施設は 3 施設 (19%) であった。令和 6 年度診療報酬改定で新設された小児緩和ケア診療加算を取得している施設は 7 施設 (44%) であった。年齢別には特に低年齢層の相談件数が少ない傾向があり、新生児のコンサルテーションがあった施設は 6 施設 (38%)、胎児期から相談があった施設は 1 施設にとどまった。施設ごとの特徴や課題として以下のことが明らかとなった。

### 【大学病院】

既存の緩和ケアチームがある中で、小児緩和ケアチームを新たに作っていくことが難しい。一方で、小児緩和ケアチームを新たに作った施設では、小児科との協働が進み相談件数が増加する傾向があった。

### 【小児専門病院】

専従、専任スタッフの確保が難しい。特に精神科医の確保が難しい施設が多く、加算を取得する際の障壁となっていた。一方で、疾患層はがんにとどまらず、非がん疾患の相談も多く、NICU や PICU といった集中治療領域への介入が増えてきているという特徴がみら

れた。

#### D. 考察

質問紙調査を行う中で、施設背景によるチーム運営の障壁に差があることが明らかとなった。また、小児科との協働においてはいくつかの工夫がみられ、好事例については類型化できる可能性が示唆された。今後インタビュー調査を行う中で、緩和ケアチーム設立及び普及のための実践を類型化し、新しくチーム活動を行う施設や現在課題を抱えているチームのためにチーム活動のガイダンスを作成することを検討していく。

また令和6年度の診療報酬改定を契機に、病院として小児緩和ケアチーム設置に向けた取り組みが進んできていることも明らかとなった。

#### E. 結論

小児緩和ケアチームは、診療報酬改定を契機に整備が進みつつある。一方で、大学病院、小児病院といった施設背景によりチーム活動の課題が異なることが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. Cuviallo A, Salek M, Handayani SA, Blair S, Lam CG; ADAPT-AP Study Group(Yotani N). Survey adaptation and distribution for physicians caring for children diagnosed with cancer in Asia Pacific: Unique study challenges and lessons learned. JCO Glob Oncol. 2025;11:e2500057.

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

##### 学会発表

1. 鞍谷 沙織, 新城 大輔, 伏見 清秀, 宮越 千智, 濱崎 考史, 余谷 暢之. 脳性麻痺児者は病院でどのような最期を迎えているのか DPC データを用いた終末期積極的治療の実態 第 66 回日本小児神経学会学術集会
2. 上田 一仁, 新城 大輔, 鞍谷 沙織, 制野 勇介, 宮越 千智, 佐藤 義朗, 伏見 清秀, 余谷 暢之. 本邦 NICU における終末期治療の実態 DPC データベースを用いた検討. 第 60 回日本周産期・新生児医学会学術集会

#### H 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

(特にない場合は「特記すべきことなし。」とご記載下さい。)

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

地域における効率的・効果的な緩和ケア専門家への  
コンサルテーション体制整備のための研究  
地域緩和ケアコンサルテーションモデルの開発

研究分担者 濱野 淳 筑波大学医学医療系 講師

研究要旨 介入地域を北海道、地域緩和ケアコンサルテーションの対象病院を北海道社会事業協会帯広病院、苫小牧市立病院の2病院と定め、Webとアウトリーチを組み合わせた地域コンサルテーションを開始した。また、2025年1月から、地域の緩和ケアに興味を持つ医療介護従事者の知識の向上とネットワークを目的に北海道地域緩和ケア研修会（愛称：どさんコロジー研修会）を毎月第3金曜日に開催し、毎回100名以上の参加者を得た。次年度は両モデルの運用を継続し、その実施性、有用性について検討する必要がある。

#### A. 研究目的

わが国のがん診療緩和ケアは、がん診療連携拠点病院等（以下、拠点病院）を中心に緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアが提供される体制の整備が進められてきた。また、拠点病院は、地域の緩和ケア提供体制の構築にも寄与することが求められている。しかしながら、日本緩和医療学会が認定する緩和医療専門医が在籍する拠点病院は29%であり、拠点病院以外の病院や、プライマリ・ケアを提供する医療機関では、さらに緩和ケアの専門家が不足していることが推測される。そのため、緩和ケア専門家の配置が不十分な地域の医師が、患者・家族の苦痛緩和に関して、必要に応じて専門家に相談できる体制の整備が課題となっている。本研究の目的は、緩和ケア専門家が不足する地域の医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにし、具体的な支援体制を検討、開発し、その実施性を検討することである。

#### B. 研究方法

介入方法とその対象を①緩和ケアに関する継続的な学びの場所の確保とネットワーク（都道府県レベルの緩和ケアに興味をもつ医療従事者を対象とする）、②専門・認定看護師の支援を取り入れた地域緩和ケアコンサルテーション（がん医療を提供し、緩和ケア専門医が勤務していない200床以上の病院に勤務する医療従事者を対象とする）と定めた。調査結果の解釈と専門家討議、前向き観察研

究を行った。

（倫理面への配慮）

筑波大学医学医療系医の倫理委員会により研究計画について審査を受け承認を得た。

#### C. 研究結果

介入地域を北海道、地域緩和ケアコンサルテーションの対象病院を北海道社会事業協会帯広病院、苫小牧市立病院の2病院と定め、研究計画を立案し、倫理審査を終了した。苫小牧市立病院については3月11日より、毎週火曜日15時から1時間程度Webを用いたコンサルテーションを実施し、併せて月1回専門家が現地を訪問してコンサルテーションを開始している。（毎週1時間のWebコンサルテーション+メールでのフォローアップ+月1回4時間程度のアウトリーチ）。北海道社会事業協会帯広病院でも同様の介入を計画している。コンサルテーション開始により、緩和ケアチーム依頼件数の増加と、難治性疼痛に対する神経ブロックの依頼件数が増加している。神経ブロックについては、道内の専門家と病院をつなぐことで、苫小牧市立病院でIVRを専門とする医師が、神経ブロックを専門とする麻酔科医とコラボレーションすることで技術指導等が行われ、苫小牧市立病院でも内臓神経ブロックを実施できるようになり、大きな進歩が得られている。

また、2025年1月17日に北海道札幌市にお

いて地域緩和ケアコンサルテーションのキックオフミーティングを行い、120名の医療従事者が参加した。その後、研修会の名称を北海道地域緩和ケア研修会（愛称：どさんコロジー研修会）と定め、毎月第3金曜日に、地域の緩和ケアに興味がある医療介護従事者の緩和ケアに関する知識の向上とネットワーキングを目的に定例会を開催することとした。定例会はハイブリッド形式をとり、遠隔地からも参加できるように配慮し、90分で開催し、その内容は40分のレクチャー、25分の施設紹介、25分の困難事例検討とした。第2回定例会を2月21日に、第3回定例会を3月21日に開催したが、毎回100名以上の参加者を得て順調に開催できている。研究終了後の自主運営を見据えて、企画や事務は北海道の医療従事者中心に行い、開催も回り持ちで担当するように配慮している。2026年3月までの開催予定を立て、北海道内の担当者を決定した。

また、地域の医療介護従事者のネットワーキングと事例相談を目的として、メーリングリスト（どさんコロジーML）を作成し、北海道内の138名の医療介護従事者を登録した。

#### D. 考察

地域と病院を定めたいうで、2つのモデル①緩和ケアに関する継続的な学びの場所の確保とネットワーキング（都道府県レベルの緩和ケアに興味をもつ医療従事者を対象とする）、②専門・認定看護師の支援を取り入れた地域緩和ケアコンサルテーション（がん医療を提供し、緩和ケア専門医が勤務していない200床以上の病院に勤務する医療従事者を対象とする）の運用を開始した。研究終了時の自主的な運営継続を考えてモデルの構築を行った。モデルを横展開するために、地域コンサルテーションに必要な人的資源等についても今後詳細に検討が必要である。次年度は両モデルの運用を継続し、その実施性、有用性について検討する予定である。

#### E. 結論

前年度までのスコーピングレビュー、医療者調査をもとに、地域コンサルテーションモデルを開発し、その運用を開始した。今後その実施性と有用性を検証する必要がある。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

論文発表

1. Ishimaru N, Nakazawa Y, Oyamada S, Hamano J, Kizawa Y. Palliative care consultation needs of certified primary care physicians in Japan: nationwide observational study. *Fam Pract.* 2025 Feb 7;42(2):cmf009.
2. Takahashi R, Nakazawa Y, Etoh N, Kizawa Y, Miyashita M, Hamano J. Hospital function-associated deaths among patients with cancer: a comprehensive national study using death records in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2025 Apr 6;55(4):377-382.
3. 濱野淳. Community-Based Comprehensive Care System and Cancer Treatment Coordination System from the Viewpoint of Designated Cancer Hospitals, *癌と化学療法*, 51(5), 491-494, 2024.

学会発表

なし

#### H. 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  
特記すべきことなし

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

緩和ケア専門家に相談することが難しいプライマリ・ケア医師  
および病院医師の緩和ケアニーズに関する研究

研究分担者 石丸直人 社会医療法人愛仁会 高槻病院（臨床研究センター）

研究要旨 コミュニティーベースの緩和ケアコンサルテーションのためには、プライマリ・ケア医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにする必要がある。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格をもつ医師を対象に、医師背景情報、緩和ケアに関する意向、緩和ケアの困難、緩和ケア相談ニーズ、緩和ケアの支援体制について、自己記入式質問紙法を用いた横断調査を行った。1100名のうち、548名から回答を得て（回収率50%）、解析可能なデータを有する540名を解析した。症状緩和のための薬剤調整、患者の倫理的な問題の対応、がん患者の療養場所の調整といった緩和ケアニーズに取り組む必要性が示唆され、そのためには、苦痛のスクリーニングシステム、意思決定支援システム、緩和ケアに関する情報支援システムの整備が優先的な課題である。

#### A. 研究目的

がん患者の苦痛の緩和については主治医等により基本的な緩和ケアが提供され、より複雑な病態等に対しては緩和ケアチーム等により専門的な緩和ケアが提供される体制ががん診療連携拠点病院等を中心として整備されてきた。しかしながら、拠点病院であっても緩和ケア専門家の配置は十分とはいえない。この問題は世界共通のものであり、英国を始め諸外国でコミュニティベースの緩和ケアコンサルテーションの取り組みが報告されている。コミュニティベースの緩和ケアにおいては、プライマリ・ケア医師と専門的な緩和ケア提供者の間での役割の明確化とそのため  
のプライマリ・ケア医師に対する教育が必要とされているが、プライマリ・ケア医師の緩和ケアに関する相談ニーズについては明らかになっていない。

本研究の目的は、緩和ケア専門家に相談することが難しいプライマリ・ケア医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにすることである。

#### B. 研究方法

研究事務局からの郵送調査法により自己記入式質問紙法を用いた横断調査を行った。

##### 選択基準

2023年10月1日の時点で日本プライマリ・

ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格をもつ医師

除外基準

なし

データ収集期間：2023年12月～2023年1月

質問紙は返信用封筒で郵送により回収し、匿名化されたデータを主責任者のもと厳重に管理し、統合して分析した。医師背景情報、緩和ケアに関する意向、緩和ケアの困難、緩和ケア相談ニーズ、緩和ケアの支援体制といった質問項目について、質問紙への回答を依頼した。

（倫理面への配慮）

本研究に関連するすべての研究者は「ヘルシンキ宣言（2013年10月 フォルタレザ改訂版）」（日本医師会訳）および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和3年3月23日（令和4年3月10日一部改正）」に従って本研究を実施した。本研究は、明石医療センター倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

#### C. 研究結果

質問紙を郵送した1100名のうち、548名から回答を得て（回収率50%）、解析可能なデータを有する540名を解析対象とした。平均年齢41.1歳で、過去1年間のがん患者受け持ち患者数が10人未満であったのは201名（51.3%）

であった。「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」修了者は381名(84.4%)であった。がん診療への関心について、ある程度は関わりたい、関わりたいと答えた者は、苦痛を和らげる医療については、427名(95.8%)、精神症状の治療やケアについては、421名(94.8%)、在宅診療については、423名(95.0%)、主治医としての看取りについては、423名(95.0%)であった。がん診療の困難感を感じると答えた者は、症状緩和のための薬剤調整については433名(96.4%)、患者の倫理的な問題の対応については421名(93.7%)、がん患者の療養場所の調整については383名(85.2%)であった。緩和ケア専門家に相談したいこととして回答した者は、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツについては241名(53.7%)、症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法については313名(69.7%)、疼痛・呼吸困難・消化器症状・せん妄などの難治性症状の対応方法については248名(55.2%)、緩和ケアを目的とする神経ブロックの適応については261名(58.1%)、緩和ケアを目的とする放射線照射の適応については249名(55.5%)、若年患者の終末期ケアについては248名(54.8%)であった。緩和ケアの提供体制について、体制があり機能していると回答した者は、受診・入院している患者・家族の苦痛を適切にスクリーニングできるシステムについては70名(15.8%)、患者・家族の意思決定を支援するための、看護師や心理師によるカウンセリングのシステムについては77名(17.3%)、動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援については86名(19.3%)であった。診療所勤務医は、病院勤務医と比べて、日々のがん診療の中で、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ( $p = 0.019$ )、オピオイドスイッチングの方法( $p = 0.018$ )、がん患者の予後予測( $p < 0.001$ )、患者の意思決定支援( $p = 0.016$ )、グリーフケア( $p = 0.009$ )について、緩和ケアの専門家に相談したいと選択した者がより少なかった。診療所勤務医は、病院勤務医と比べて、緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種について提供体制がないと感じ( $p < 0.001$ )、動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援に関して、提供体制がないと感じていた( $p = 0.003$ )。多変量解析では、診療所勤務は、意思決定支援カウンセリングシステムの存在と逆に関連する因子であった

( $R^2=0.527$ )。

#### D. 考察

プライマリ・ケア医師は、がん診療への関心は高いのにも関わらず、がん患者担当経験が少ないという現状であった。プライマリ・ケア医師においては、症状緩和のための薬剤調整、患者の倫理的な問題の対応、がん患者の療養場所の調整といった緩和ケアニーズに優先的に取り組む必要性が示唆された。また、緩和ケア専門家から特にサポートが必要な項目として、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ、症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法、難治性症状の対応方法、神経ブロックの適応、放射線照射の適応、若年患者の終末期ケアが挙げられ、プライマリ・ケア医師と緩和ケア専門家のコミュニケーションにおいては、これらのトピックを重点的にカバーする必要がある。上記のプライマリ・ケア医師の緩和ケアニーズに応えるためには、患者・家族の苦痛を適切にスクリーニングできるシステム、患者・家族の意思決定を支援するための、看護師や心理師によるカウンセリングのシステム、動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援システムを整備する必要がある。特に、診療所勤務医に対しては、意思決定支援カウンセリングシステムの整備を重点的に行うことが求められる。

#### E. 結論

プライマリ・ケア医師の緩和ケアニーズは、診療現場によって異なる結果であった。本研究から、プライマリ・ケア医が緩和ケアおよび個別化された終末期ケアに関わるための明確な支援ガイドラインとトレーニングの必要性が示唆された。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

Ishimaru N, Nakazawa Y, Oyamada S, Hamano J, Kizawa Y. Palliative care consultation needs of certified primary care physicians in Japan: nationwide observational study. *Fam Pract.* 2025;42(2).

##### 学会発表

Ishimaru N, Nakazawa Y, Oyamada S, Hamano J, Kizawa Y. Palliative care consultation needs of certified primary care physicians in Japan: Nationwide observational study. the WONCA APR Conference 2024; Singapore2024.

H. 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

特記すべきことなし。

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

薬剤関連ニーズに対するコンサルテーションモデルの開発  
緩和ケアにおける薬局薬剤師に対する相談ニーズに関する研究

研究分担者 矢島 領 日本医科大学付属病院 薬剤部 主任

研究要旨 がん患者の苦痛の緩和については、主治医等により基本的な緩和ケアが提供され、より複雑な病態等に対しては緩和ケアチーム等により専門的な緩和ケアが提供される体制ががん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」）を中心として整備されてきたが、2018年のがん患者登録によれば、診断されたがん患者の4割は拠点病院以外で診療をうけており、専門的な緩和ケアを受けることが難しい状況にある。人材配置が十分でない拠点病院、並びに拠点病院以外の医療機関の医療従事者が、がん患者の苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できる体制を整備することが必要である。本年度は、がん患者の苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できる実装可能な体制（地域緩和ケアコンサルテーション・Webベースの緩和ケアコンサルテーション）のモデルの作成に向けて、医療従事者や患者やその家族が求める薬局薬剤師像を把握し、緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにすることを目的に研究の計画・立案を行った。研究方法としてはグループインタビューを実施し、その内容を分析する質的研究を行う。現在、日本医科大学中央倫理委員会で倫理審査を受け承認を得て、インタビューアーをリクルートし、インタビューを実施している。目標症例数は30名であるが、インタビューは9名まで実施済みである。インタビューを終わり次第、調査結果を解析し、緩和ケアに関する相談可能な薬局の機能を明らかにする予定である。

#### A. 研究目的

がん患者の苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できる実装可能な体制（地域緩和ケアコンサルテーション・Webベースの緩和ケアコンサルテーション）のモデルの作成に向けて、医療従事者や患者が求める薬局薬剤師像を把握し、緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにすることである。

#### B. 研究方法

緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにすることも目的に、研究班の意見交換からがん医療・緩和ケアに携わっている医療従事者及びがん治療として緩和ケアを受けた経験がある患者又はその家族にアンケート調査を行うための基礎的資料として、医療従事者及び患者又はその家族にグループインタビューを実施し質的研究を行う研究の計画が立案された。具体的な方

法としてはインタビュー内容から逐語録を作成する。作成した逐語録について、研究対象者の語りの意味内容を失わないよう留意しながら、緩和ケアのニーズに対応できる薬剤師像や緩和ケアの薬剤関連での困りごとなど、発言の意味が通じる単位で断片化し、断片化した部分に簡単なタイトルをつけ、コーディングを行う（コード化）。類似性や相違性を考慮しながらコード化した要素を同じ意味内容を1つにまとめる。そしてそのまとめたものをさらに抽象化して大きなカテゴリーに統合する。その大きなカテゴリーをもとに薬局薬剤師への相談ニーズについてまとめる。

#### （倫理面への配慮）

日本医科大学中央倫理委員会の承認を得たうえで研究を実施している（承認番号：M-2024-184）。

#### C. 研究結果

医療従事者 9 名に対してグループインタビューを実施し、薬局薬剤師に対する相談ニーズを収集した。医師からは服薬状況・残薬情報の報告、採用薬の情報提供に関して、看護師、他職種からは患者指導の拡充、質の向上に対する要望がみられた。引き続き患者・家族に対して、インタビューを実施し、相談ニーズを収集する予定である。

#### D. 考察

インタビューを実施し、薬局薬剤師に対する相談ニーズについて分析を行い、緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにする予定である。

#### E. 結論

地域の緩和ケアの専門家に相談できる実装可能な体制のモデルの作成を目標に、薬局薬剤師に対する相談ニーズに明らかにするためのインタビューを実施中である。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

論文発表

1. なし。

学会発表

1. 櫻井まみ, 矢島領 他. 直腸がん根治術によりがん疼痛に対して導入したオピオイドから離脱できた症例. 第 17 回緩和医療薬学会年会. 2024 年 5 月 24-26 日. 東京.

#### H. 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

特記すべきことなし。