

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

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

研究代表者 木澤 義之 筑波大学医学医療系 緩和医療学 教授

研究要旨 本研究の目的は、現在拠点病院以外に在籍するなど緩和ケア専門家に相談することが難しいがん診療を行う医療従事者等の緩和ケアに関する相談ニーズを把握した上で、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のモデルを作成し、その有効性の評価を行うことである。令和7年度は、前年度までに行ったスコーピングレビュー、インタビュー調査、質問紙調査に基づいて、コンサルテーションモデルを作成し、その実施性を検討することを研究の目的とした。また、並行して未だ明らかになっていない医療従事者のコンサルテーションニーズや専門家がいらない地域や施設での緩和ケアの実態調査を併せて実施した。

研究結果の概要：以下の3つのモデルを開発し、介入を行った。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）として、毎月第3金曜日に北海道地域緩和ケア研修会（どさんコロジー研修会）の開催を2025年1月から開始し、計16回の研修会が行われ、毎回150名程度、のべ1800名の医療介護従事者が参加した。また、ネットワーキングと情報交換を目的にどさんコロジーマーリングリストの運用を開始し、約200名の医療福祉従事者が参加している。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）を帯広協会病院と苫小牧市立病院で実施した。コンサルテーションは、毎週行われるWebコンサルテーションと月1回のアウトリーチを組み合わせで行われ、コンサルテーション件数の増加、症状緩和モダリティの拡大などの効果が得られた。③全国規模のWebコンサルテーション（全国のがん医療に携わる医療従事者を対象とする）Compassion-connectの運用を79名の多職種コンサルタントの協力のもとで行い、その実施性が確認された。今後この地域緩和ケアコンサルテーションモデルを全国展開するにあたっては、介入モデルを各都道府県の事情に合わせてカスタマイズする必要があるとあり、複数都道府県を対象として、モデルが「どのような文脈（Context）において、どのようなメカニズム（Mechanism）を起動させ、どのような結果（Outcome）をもたらすのか」を明らかにし、単なる有効性の検証ではなく、全国へ展開した際の成功要因と障壁を特定することが必要である。

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（以下拠点病院と略）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。2022年の時点で緩和医療専門医が在籍している拠点病院は29%であり、拠点病院等以外の医療機関においてはさらに緩和ケアの専門的人材が不足している。一方で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受けている。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。この問題は世界共通のものであり、英国を始め諸外国で community-based palliative care consultation の取り組みが報告され、Web ベースのコンサルテーションやサポートが実施されている。わが国においても、厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」において、地域の医療従事者が緩和ケアを提供する上での困難感や必要な体制などが明らかとなっているが、全国規模で実装できる地域緩和ケアコンサルテーション・Web ベースのコンサルテーションについてはモデルの提示・実装は行われていない。本研究の目的は、現在拠点病院以外に在籍するなど緩和ケア専門家に相談することが難しいがん診療を行う医療従事者等の緩和ケアに関する相談ニーズを把握した上で、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のモデルを作成し、その有効性の評価を行うことである。令和 5 年度は、専門家のいない施設での緩和ケアを向上させる取り組みについてのスコーピングレビュー、医師の緩和ケアコンサルテーションニーズに関するインタビュー調査、質問紙調査を実施した。令和 6 年度は、上記のレビュー、インタビュー調査、質問紙調査に基づいてコンサルテーションモデルを作成、令和 7 年度はそのコンサルテーションモデルの実施性を北海道をフィールドとして、検討することを研究の目的とした。また、並行して未だ明らかになっていない医療従事者のコンサルテーションニーズや専門家がいない地域や施設での緩和ケアの実態調査を併せて実施した。

B. 研究方法

以下の研究方法を取った。

コンサルテーションモデルの運用

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）、③全国規模の Web コンサルテーション（全国のがん医療に

携わる医療従事者を対象とする）と定めた。

1) 地域緩和ケアコンサルテーションモデルの開発（濱野、木澤）：調査結果の解釈と専門家討議、前向き観察研究、2) 全国レベルの緩和ケアコンサルテーションシステムの運用（木澤、秋月）：専門家討議。

コンサルテーションニーズの把握と専門家がいない施設等での緩和ケアの実態調査

3) 専門医・認定医が不在の施設に所属している認定看護師、専門看護師の緩和ケアに関するコンサルテーションニーズ（荒尾）：横断調査、4) 緩和ケア専門家がいない環境で勤務している医師の緩和ケアに関するコンサルテーションニーズに関する質問紙調査（中澤、石丸）：横断調査、質的データ分析、5) 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（余谷）：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としたインタビュー調査、6) 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（矢島）：半構造化インタビュー調査とその質的分析。

（倫理面への配慮）

1)～6) の研究については、それぞれ代表・分担研究者の所属施設において研究計画を臨床倫理委員会に付議し、実施の承認を得た。

C. 研究結果

1) 地域緩和ケアコンサルテーションモデルの開発（濱野、木澤）：実際に介入地域を北海道、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、介入を実施した。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行った。（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）。苫小牧市立病院では、医師 2 名、認定看護師 3 名、薬剤師、ソーシャルワーカーなど院内の多職種が web 会議には主として参加した。また積極的に事例討論や画像の供覧が行われた。北海道社会事業協会帯広病院でも、2025 年 6 月 16 日から、毎週月曜日 17 時 30 分から 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行った。(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)。帯広では、院内スタッフはもちろんのこと、十勝管内の診療所、病院、訪問看護、薬局のスタッフが継続的に参加し、地域の困難事例が共有された。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が増加し、難治性疼痛に対するメサドンの使用、神経ブロックの依頼件数の増加、緩和的放射線治療の件数増加が見られた。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た。また、令和 7 年度は、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地域緩和ケア学習会(定例会)を開催した。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、開催時間を 18:30-20:00 とすることで、通勤時間や食事をしながら参加できるように配慮した。第 4 回～第 16 回まで計 13 回の定例会を開催した。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た。また、メーリングリスト(どさんコロジーML)を作成し、現在 213 名の医療介護従事者が登録されている。

定例会開催状況

日時	場所	テーマ	参加人数
4/18	苫小牧	AYA 世代の患者さんに向き合うということ	170 名
5/16	札幌	悪性腹水のマネジメント	141 名
6/20	札幌	鎮静の“もやもや”にどう向き合う?	169 名
7/18	旭川	地域緩和ケア	185 名
8/29	函館	患者中心のケアを支える対話	142 名
9/19	帯広	頭頸部がんにおける緩和医療	182 名
10/17	北見	これでわかる呼吸困難への対応	143 名
11/14	札幌	グリーフケアの実践	159 名
12/19	札幌	便秘エコーを用いた排便管理	120 名
12/21	札幌	嚥下エコーの技術	30 名
1/23	札幌	骨転移診療のエッセンス	170 名
2/20	札幌	がん関連認知機能障害	111 名
3/13	Web	浮腫・リンパ浮腫診療の基本と実践	96 名

2) 全国レベルの緩和ケアコンサルテーションシステムの開発(木澤、秋月): 全国レベルで難治性症状の対応、薬剤選択や使用法等に対応するため、緩和ケアの Web コンサルテーションシステム(Compassion Connect:通称 C-connect)を開発し、緩和医療専門医 26 名、精神腫瘍医 12 名、がん関連専門・認定看護師 23 名、小児緩和ケア専門家 9 名、薬剤師 7 名、リハビリスタッフ 2 名、計 79 名をコンサルタントとして登録し、2025 年 2 月 21 日に稼働を開始した(<https://compassion-connect.net/>) システムを通じて 113 件のコンサルテーションのやり取りが行われたが、精神症状のコンサルテーションは 0 件であった。定例会参加者 65 名に対するアンケートでは利用の障壁として、「使用開始にあたって、セキュリティの確保のために多くの手続きが必要なため使用に至らなかった」、「メール上の相談で準備が必要で時間がかかるため利用をためらった」、「こんなことを聞いてよいのかと思ってしまい利用をためらった」などの意見が聞かれた。システムの運用には、利用者の安心感や利用のしやすさ、利用のベースとなるコンサルタントの信頼感や顔の見える関係などが必要であることが明らかとなった。

以上 1) - 3) については、添付資料の地域緩和ケアコンサルテーションのモデルと成果に詳細を記した。

3) 専門医・認定医が不在の施設に所属している認定看護師、専門看護師の緩和ケアに関するコンサルテーションニーズ(荒尾): 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。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。希少がんや「小児・若年患者の終末期ケア」や「症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法」といった、経験頻度が低く専門的判断を要する項目でニーズが高いことが明らかになった。また、システム構築の課題として直接的な患者ケアだけでなく、組織的な緩和ケア提供体制の最適化へのニーズが高く、看護師が施設内のリーダーシップにおいて支援を求めていることが示された。結果から以下の 4 点が示唆された。①コンサルテーション枠組みの構築: 専門医・認定医がいない施設に対し、外部の専門家(医師および看護師)に

アクセスできるルートの整備。②遠隔緩和ケア (Tele-palliative care) の推進: 日本国内における遠隔相談システムの導入・普及を優先事項とし、その効果を患者のアウトカムやケアの質から評価する必要がある。③施設特性に応じた支援の提供: 患者数が多い施設には、希少がん等の高度な臨床知見を提供することが必要である。また、専門医・専門医が不在の施設では、看護師の自信と動機付けを高めるための組織運営支援を提供することが必要である。④看護師のリーダーシップ支援: CN/CNS が施設内で緩和ケアを最適化できるよう、臨床面だけでなく教育やシステム運用のガイドの作成を専門家が担うことが推奨される。

4) 緩和ケア専門家がいらない環境で勤務している医師の緩和ケアに関するコンサルテーションニーズに関する質問紙調査(中澤、石丸): 前年度行った質問紙調査の緩和ケア相談ニーズに関する各項の自由記載について、SCAT (Steps for Coding and Theorization) による質的データ分析を行った。「孤立した医療従事者対断片化したシステム」という核心的な物語が浮かび上がった。プライマリ・ケア医からは、極度の職業的孤立感や重い負担(例: 絶え間ない責任、バーンアウト、不適切なケアを目の当たりにすることによる道徳的苦痛)が報告された。繰り返し見られた主要なテーマは、患者が病院の専門医から地域のプライマリケア医へ移行する過程における、ケアの「三重の断片化」であった。この三重の断片化を構成する3つの要素は、情報面(アドバンス・ケア・プランニング、予後、または心理社会的データの欠如)、臨床面(症状がコントロールされていない状態で紹介される患者)、および説明責任面(専門医による患者の「押し付け」や「見捨て」、およびバックアップ提供の拒否)であった。その結果、回答者からは、24時間体制の専門家相談(電話・オンライン経由)、実践的な教育(標準化された講義は「不十分」と見なされている)、および制度的・金銭的インセンティブを含む、敷居の低い継続的な支援システムに対する切実かつ普遍的なニーズが明らかとなった。

5) 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では、インタビュー調査により、小児がん拠点病院および小児専門施設における小児緩和ケアチームは、限られたリソースの中で「ハブ医師の配置」「組織上の工夫」「成人チームとの連携」

など、多様な工夫を凝らして活動している実態が明らかになった。今後の体制整備に向けた提言として、以下の3点が挙げられた:

①診療報酬要件の柔軟化: 症例数が成人に比して少ない小児特有の事情を鑑み、専従要件や資格要件の緩和、あるいは小児の実態に即した評価体系の構築、対象疾患拡大が不可欠である。②精神的ケア体制の強化: 精神科医との連携モデルの構築や、チーム内での精神的ケアスキルの底上げが必要である。③組織的なバックアップの重要性: 小児緩和ケアチームの実践においては個人の熱意に依存しない持続可能な組織的な支援体制が重要である。

6) 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では、インタビューty 0 黄砂とその質的分析を通じて、医療従事者および患者・家族が求める薬局薬剤師像には《専門知に基づく指導・助言》《専門性を活かした患者支援》《患者情報の共有による多職種連携》《患者中心のコミュニケーション》《専門性向上に向けた積極的姿勢》の5つのカテゴリーが抽出された。地域緩和ケアにおいて求められる薬局薬剤師像は、専門知に基づく指導・助言を中核とし、柔軟な服薬支援や生活に寄り添った支援を実践するとともに、専門性向上に向けた積極的な姿勢を備えた薬剤師であることが明らかとなった。

D. 考察

昨年度の研究結果並びに、本年度の調査結果より、地域の医療従事者は、複雑性の高い事例への対応(薬剤選択や使用法、難治性症状の対応、神経ブロックや放射線の適応、AYA世代の患者への対応、小児、希少疾患患者への対応)、倫理的課題、緩和ケアの提供体制、専門家からの保証・承認、自己成長に繋がる知識提供などのニーズがあり、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。また、プライマリ・ケア医は、ケアの「三重の断片化」、①情報面(アドバンス・ケア・プランニング、予後、または心理社会的データの欠如)、②臨床面(症状がコントロールされていない状態での紹介)、および説明責任面(専門医による患者の「押し付け」や「見捨て」、およびバックアップ提供の拒否)に直面しており、制度的・金銭的インセンテ

ィブを含む、敷居の低い継続的な支援システムに対する切実かつ普遍的なニーズが明らかとなった。

これらの結果を踏まえて、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）として、毎月第3金曜日に北海道地域緩和ケア研修会（どさんコロジー研修会）を開催、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）を帯広協会病院と苫小牧市立病院で実施し、③全国規模のWebコンサルテーション（全国のがん医療に携わる医療従事者を対象とする）Compassion CONNECTの運用を行った。地域の専門家のネットワーキングとオンラインと実地のコンサルテーションを行うことで、施設の緩和ケアに関する意識や知識が向上し、コンサルテーション件数の向上、困難事例への対応力の向上が見られ、多くの好事例が収集され、本コンサルテーションモデルの実施性は高いと考えられた。一方で、全国規模のWebコンサルテーション（全国のがん医療に携わる医療従事者を対象とする）Compassion CONNECTの運用は十分とは言えず、システムの運用には、システム利用の簡便さ（利用開始が煩雑でないこと）、利用者の安心感や利用のしやすさ、利用のベースとなるコンサルタントの信頼感や顔の見える関係などが必要であることが明らかとなった。遠隔の難治症状に関するコンサルテーションは地域ごとに、アクセスしやすい方法（定期的開催される相談会（例：毎週金曜日の午後4時にここに連絡すれば相談できる）、24時間気軽に利用できるウェブサイトを利用した相談（ごく簡単な相談内容を含んだ匿名情報を入力し、後ほど専門家から返信することにより具体的な相談方法を提案）、平日日中アクセスできる相談電話の設置などが有効である可能性がある。

E. 結論

複数のニーズ調査に基づき、専門家のいない地域で緩和ケアの質をより向上させるために、先行研究と調査をもとに具体的な3つのモデル（①継続的な学びの場所の確保とネットワーキング、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（Web+アウトリーチ）、③全国規模の難治事例

に対するWebコンサルテーション）の運用が開始され、その実施性が明らかとなった。今後、この地域緩和ケアコンサルテーションモデルを全国展開するにあたっては、介入モデルを各都道府県の事情に合わせてカスタマイズする必要があり、複数都道府県を対象として、モデルが「どのような文脈（Context）において、どのようなメカニズム（Mechanism）を起動させ、どのような結果（Outcome）をもたらすのか」を明らかにし、単なる有効性の検証ではなく、全国へ展開した際の成功要因と障壁を特定することが必要である。

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. Nakazawa Y, Yamazaki R, Yotani N, Kizawa Y. Structure, availability, and organizational challenges of outpatient palliative care programmes in Japan: a nationwide survey. *Jpn J Clin Oncol*. 2025 Sep 5;55(9):1062-1072. doi:10.1093/jjco/hyaf095.
2. Hamano J, Masukawa K, Mori M, Yamaguchi T, Otani H, Ishiki H, Hatano Y, Maeda I, Tsuneto S, Shima Y, Morita T, Kizawa Y, Miyashita M. Clinical and Communication Factors Associated With Family Conflict in Palliative Care Units: A Survey of Bereaved Families in Japan. *Cancer Med*. 2025 Sep;14(17):e71192. doi:10.1002/cam4.71192.
3. Nakazawa Y, Takahashi R, Ishimaru N, Hamano J, Kizawa Y. Physicians' Difficulties and Consultation Needs in Hospitals Without Palliative Care Specialists. *J Palliat Med*. 2025 Sep;28(9):1220-1229. doi:10.1089/jpm.2025.0105. Epub 2025 May 28.
4. Shutoh M, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Shima Y, Miyashita M. Congruence between preferred and actual place of death and its association with quality of death and dying in advanced cancer patients: A nationwide survey in Japan.

- PLoS One. 2025 Jul 7;20(7):e0320541. doi: 10.1371/journal.pone.0320541.
5. Maeda I, Shirasaka M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Masukawa K, Miyashita M. Medical communication at end-of-life in palliative care units:nationwide bereavement family survey. BMJ Support Palliat Care. 2025 May2:spcare-2025-005530. doi: 10.1136/spcare-2025-005530. Epub ahead of print.
 6. 木澤 義之. 【Advance Care Planning とはなにか;自律・家族・文化の視点から】「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」とそれに基づいた意思決定と ACP の進め方. 老年精神医学雑誌, 37 巻 2 号,Page134-140, 2026.
 7. 木澤 義之. 【緩和医療 緩和ケアまるごと Update】日本の緩和ケア これからの日本の緩和ケア. Medical Practice, 43 巻 2 号, Page164-170, 2026. DOI : 10.50936/mp.43.02_005
 8. 木澤 義之. 【3. がん共生をめぐる諸問題】緩和ケア. BIO Clinica, 40 巻 10 号, Page840-845, 2025.
 9. 木澤 義之. 【がん診療 2025】総論 がん医療における重点項目/がんの支持療法・緩和ケア 疼痛以外の症状緩和, 日本医師会雑誌, 154 巻特別 1, Page S89-S90, 2025.
 - 26 日 Kuching, Malaysia
 3. Aoki M, Yamamoto S, Tamura S, Kizawa Y, Arao H Consultation needs and related factors of specialist nurses in facilities without palliative care physicians: a cross-sectional study in Japan. The International Conference on Cancer Nursing (ICCN2025), 2025 年 6 月 18-21 Adelaide, Australia
 4. 青木美和, 山本瀬奈, 田村沙織, 木澤義之, 荒尾晴恵 緩和医療の専門医・認定医が不在の施設に所属する認定・専門看護師の緩和ケア提供上の困難および相談ニーズの実態 第 30 回日本緩和医療学会学術大会 2025 年 7 月 4-5 日 福岡
- 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。

学会発表

1. Ishimaru N, Nakazawa Y, Hamano J, Kizawa Y. Support needs of certified primary care physicians in Japan in palliative care for patients with cancer: Qualitative analysis of a nationwide observational study. the WONCA APR Conference 2026; Iloilo City, Philippines2026.
2. Aoki M, Yamamoto S, Tamura S, Kizawa Y, Arao H Specialist nurses' difficulties in delivering palliative care and consultation needs in facilities without palliative care physicians: a cross-sectional study. The 16th Asia Pacific Hospice Palliative Care Conference (APHC2025), 2025 年 4 月 23-