

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（23EA1020）
（分担課題名：医療従事者に対する調査と分析 看護師調査）

研究分担者 荒尾 晴恵 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授

研究協力者 青木 美和、山本 瀬奈、田村 沙織

研究要旨

日本緩和医療学会の専門医・認定医が不在の医療機関に所属する、緩和ケアを専門とする認定看護師（CN）およびがん看護専門看護師（CNS）のがん緩和ケアに関する緩和ケア・医療の専門家への相談ニーズを明らかにした。CNとCNS合計1,006名にWEB調査を実施した。全国調査の結果、高度な実践能力を持つ看護師であっても、希少がんの終末期ケアや施設内の緩和ケア体制の最適化（仕組みづくり）において、専門家による支援を求めている実態が明らかになった。特に、遠隔コンサルテーションシステムの有無や専門家による支援がチームに貢献するという認識の有無が、ニーズの強さと密接に関連していた。本調査結果は、専門医不足の地域や施設において、看護師主導の緩和ケアを支えるための「看護師対看護師（N-to-N）」を含むコンサルテーションシステムの構築が急務であることを示唆するものである。

A. 研究目的

日本緩和医療学会（JSPM）の専門医・認定医数は依然として不足しており、特にがん診療連携拠点病院以外の施設では認定医・専門医へのアクセスが極めて限定的である。

専門医・認定医が不在の施設では、CNSやCNといった高度な専門知識を持つ看護師が緩和ケア提供において重要な役割を担っている。先行研究では医師の専門家への相談ニーズは調査されているが、多職種連携のキーパーソンである看護師の専門家へのニーズについては十分に解明されていなかった。そこで、本研究では、緩和ケアの専門医・認定医が不在の施設で働くCNおよびCNSを対象に、がん緩和ケアに関する相談ニーズを特定し、それに関連する要因を明らかにすることで、質の高いケアを標準化するためのコンサルテーションシステム開発の基礎資料とする。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、無記名によるWEBアンケート調査を用いた量的記述的研究デザインとした。

2. 対象者

JSPMの専門医・認定医が不在の施設に所属する緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん看護CNSとした。選定は、以下の手順で行った。

1) 対象施設の選定

2018年度病床機能報告に掲載のある全国の医療機関のうち、以下の選定基準を満たす施設を抽出した。除外基準は設けなかった。

（1）選定基準

- ① 施設の看取り件数が20件以上
- ② がん関連のCN・がん看護CNSの在籍施設
- ③ JSPMの専門医・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

2) CN、CNSの選定

令和6年9月時点において公益社団法人日本看護協会のHPに掲載されている所属施設名が上述の対象リストに掲載されている施設であった場合、施設に所属する緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん看護CNSを抽出した。

3) 用語の定義

本研究で用いる「緩和ケア・医療の専門家」とは、『日本緩和医療学会が認定する専門医・認定医および、多職種で構成される緩和ケア・医療の専門家チーム』と定義した。

4) 調査内容

調査項目 (1) ～ (3) については、先行研究を参考に研究班において調査項目案を選定した。その後、緩和医療を専門とする研究班 (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医師、がん看護 CNS、緩和ケア CN、15 名を対象としたデルファイ法を行い、回答の得られた 9 名の結果をもとに調査項目を決定した。

(1) 緩和ケア・医療の専門家への相談ニーズ (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) から択一で回答を得た。

(2) 緩和ケア提供における支援体制 (19 項目)

「あなたの病院や地域では、以下の体制がどのくらい整備されていると感じますか。」の問いに対し、項目ごとに 5 段階評価 (1: 体制がない、2: まったく機能していない～5: とてもよく機能している) から択一で回答を得た。

(3) 緩和ケア提供の主導的役割への希望

院内の緩和ケア推進における主導的役割への希望について、4 段階評価で回答を得た。

(4) 基本属性

年齢、性別、臨床経験年数、取得資格、資格取得後の臨床経験年数、特定行為研修受講の有無、所属部署と緩和ケアチームに所属している場合の兼任状況、平均的な活動時間 (1 週 40 時間あたり)、横断活動の有無、昨年度に関わったがん患者数・終末期がん患者数、過去 5 年間の緩和ケアまたはがん看護に関する院外研修の受講経験、相談役割の有無

(5) 施設特性

DPC 対象病院か否か、病床数、看取りの件数、緩和ケアチームの有無と設置状況

5) 分析方法

記述統計を算出後、構成概念の妥当性は、最尤法および Promax 回転による探索的因子分析 (EFA) を用いて評価した。因子数は、固有値 ≥ 1.0 (カイザー基準) ならびに解釈可能性から決定した。また、内部整合性はクロンバック α で評価した。

各ニーズ因子の関連要因は単変量解析、多変量解析を用いて評価した。解析は IBM SPSS Statistics for Windows, バージョン 27.0 を用い、有意水準は 5% に設定した

(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での承認ならびに研究機関の長の許可を得たうえで実施した (承認番号: 24291)。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

合計 1006 名の看護師に調査依頼を送付し、374 名 (37.1%) の回答を得た。そのうち、有効回答の得られた 327 名 (32.5%) を分析対象とした。

表 1 対象者の概要

変数	平均値 $\pm$ SD	
年齢 (n = 322)	48.8	$\pm$ 6.5
臨床経験年数 (n = 322)	25.2	$\pm$ 6.9
資格取得後の臨床経験年数 (n = 322)	9.9	$\pm$ 4.6
変数	n	%
性別 (n = 324)		
女性	303	93.5
男性	17	5.2
答えたくない	4	1.2
資格 (n = 325)		
緩和ケア CN	205	63.1
がん看護 CNS [†]	67	20.6
がん性疼痛看護 CN	53	16.3
主たる所属先 (n = 325)		
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
関わったがん患者数/年 (n = 322)		
1～9 人	17	5.3
10～49 人	96	29.8
50 人以上	209	64.9
関わった終末期がん患者数/年 (n = 323)		
1～9 人	37	11.5
10～49 人	175	54.2
50 人以上	111	34.4
院内での相談役割 (n = 320)		
あり	279	85.3
なし	41	12.5
所属施設の病床数 (n = 327)		
99 床以下	11	3.4
100～199 床	77	23.5
200 床以上	239	73.1
施設の緩和ケアチームの有無 (n = 320)		
ある	264	80.7
ない	63	19.3
施設の緩和ケアチーム設置状況 (n = 264)		
常設	219	83.0
不定期活動	45	17.0

[†] がん性疼痛看護 CN または緩和ケア CN 資格を持つ 5 名を含む

対象者の内訳は、緩和ケア CN が 205 名 (63.1%)、がん看護 CNS が 67 名 (20.6%) であり、資格取得後の平均経験年数は 9.9 ± SD4.6 年であった (表 1)。

対象者の 36.9% が病棟に所属し、緩和ケアチームに所属していた者は 25.5% であった。また、85.3% が所属施設において看護師や医師を含む医療者への相談役割を担っていた。

2. 緩和ケア提供における相談ニーズ

緩和ケア提供における相談ニーズを表 2 に示した。EFA により 4 つの因子に分類された。第 1 因子は、患者中心の終末期ケア (平均標準 ± 標準差 2.59 ± 0.75) で認知機能障害・精神疾患を伴う患者へのケア、終末期ケア一般を含む。第 2 因子は、症状緩和における実践的なコツ (2.95 ± 0.71) であり、使用経験がない薬剤の使用、難治性症状の管理、非薬物療法などを含む。第 3 因子は、希少・若年がん患者への終末期ケア (3.15 ± 0.78) であり、小児・若年層、親を亡くす子供へのケア、希少がんの予後予測などを含む。第 4 因子は緩和ケア提供体制の最適化 (2.97 ± 0.78) であり、活動の可視化、院内教育、苦痛のスクリーニングの活用などを含む。

これらのクロンバック α は 0.826 から 0.944 の範囲で、高い内部整合性を示した。

4 つの因子のうち、第 3 因子である希少・若年がん患者への終末期ケアが最も高い平均点を示した。3 つの項目「小児・若年患者の終末期ケア (3.19 ± 0.91)」、「親を亡くす子供へのケア (3.15 ± 0.89)」、「希少がん患者の予後予測 (3.10 ± 0.93)」、これらすべてが 3.0 を超えた。

次に第 4 因子の緩和ケア提供体制の最適化の平均点が高かった。さらに項目をみていくと、「緩和ケアに関する活動の可視化 (3.12 ± 0.88)」が最も高得点であり、次いで「院内の緩和ケア教育 (2.97 ± 0.90)」、「苦痛のスクリーニングとその活用 (2.82 ± 0.90)」であった。

第 2 因子の症状緩和における実践的なコツでは、「症状緩和で使用経験がない薬剤の使用 (3.28 ± 0.85)」の平均点が高く、次いで「がん疼痛の非薬物療法の適応 (3.25 ± 0.93)」および「難治性症状の対応方法 (3.17 ± 0.83)」も 3.0 を超えた。

第 1 因子の患者中心の終末期ケアは 4 つの因子のうち平均点が最も低かったが、因子の中では、「認知機能障害や精神疾患患者への終末期ケア (2.95 ± 0.87)」の平均点が高かった。

表 2 緩和ケア提供における相談ニーズ

	平均値 ± SD
第 1 因子 患者中心の終末期ケア (Cronbach' s α = 0.944)	2.59 ± 0.75
認知機能障害や精神疾患患者への終末期ケア	2.95 ± 0.87
鎮静導入の適応	2.78 ± 0.93
患者の倫理的問題への対応	2.76 ± 0.95
患者のこころのケア	2.70 ± 0.92
グリーフケア (遺族ケア)	2.59 ± 0.92
予後予測を見据えたケア	2.56 ± 0.91
家族ケア	2.45 ± 0.93
「死にたい」と言われた時の対応方法	2.44 ± 0.93
患者の意思決定支援	2.40 ± 0.93
臨死期のケア	2.24 ± 0.95
第 2 因子 症状緩和における実践的なコツ (Cronbach' s α = 0.872)	2.95 ± 0.71
症状緩和で使用経験がない薬剤の使用	3.28 ± 0.85
がん疼痛の非薬物療法の適応	3.25 ± 0.93
難治性症状の対応方法	3.17 ± 0.83
緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ	2.85 ± 0.89
新しいデバイスの使用方法	2.71 ± 1.04
オピオイドスイッチングの方法	2.50 ± 0.93
第 3 因子 希少・若年がん患者への終末期ケア (Cronbach' s α = 0.826)	3.15 ± 0.78
小児・若年患者の終末期ケア	3.19 ± 0.91
親を亡くす子供へのケア	3.15 ± 0.89
希少がん患者の予後予測	3.10 ± 0.93
第 4 因子 緩和ケア提供体制の最適化 (Cronbach' s α = 0.855)	2.97 ± 0.78
緩和ケアに関する活動の可視化	3.12 ± 0.88
院内の緩和ケア教育	2.97 ± 0.90
苦痛のスクリーニングとその活用	2.82 ± 0.90

以上から、注目すべき点として、希少がんへの高い相談ニーズがあり、「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」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 2 番目に高く、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。

3. 相談ニーズに関連する主要要因

多変量解析の結果、以下の要因が相談ニーズと有意に関連していることが明らかになった。

1) 施設・システム要因

遠隔コンサルテーションシステムの未確立：専門医・認定医による遠隔相談システムが「未確立」の施設では、全4因子においてニーズが有意に高かった。

2) 緩和ケア提供への主導的役割への希望

「専門家の関与が自チームの症状緩和の質を高める」と認識している看護師ほど、高い相談ニーズを持っていた。

3) 個人・業務要因

(1) ケア件数：年間50名以上のがん患者をケアする看護師は、希少・若年がん患者への終末期ケア（第3因子）に関する相談ニーズが有意に高かった。

(2) 院内の相談役割：既に院内で相談役割を担っている看護師は、希少・若年がん患者への終末期ケア（第3因子）に関する相談ニーズが低い傾向にあった。

D. 考察

1. 専門看護師・認定看護師のニーズの特徴

本調査対象であるCN/CNSは、平均臨床経験が25年以上、資格取得後も約10年というベテラン層であった。患者中心の終末期ケア（第1因子）の平均点が低いのは、彼らが一定の自己解決能力や既存の相談ルートを有しているためと考えられた。これは、経験の中で蓄積された高度な専門性をもつことを反映したものである。そのため、相談ニーズとして、希少ケースや組織運営といった「専門性をさらに超えた領域」での支援を求めていると考えられた。

2. N-to-N（看護師対看護師）モデルの重要性

医師への相談（D-to-N）に留まらず、看護実践のプロセス評価や体制構築を相談できる「看護師間のコンサルテーション」の必要性が浮き彫りになった。専門医・認定医不在施設において、CN/CNSのモチベーションを維持し、孤立を防ぐためには、専門性をもつ看護師同士が連携できる仕組みが有効であると考えられる。さらに、関連要因のうち専門家による貢献の認識を看護師が持つことが重要であり、専門的支援の価値を理解していることが相談への動機付けになっていると考えられた。

3. インフラ整備の必要性

遠隔相談システムが導入されている施設はわずか約7%に過ぎなかった。国際的には遠隔緩和ケアの効果が実証されているが、日本の専門医・認定医の不在地域におけるインフラ

整備は著しく遅れているため、緩和ケアの均てん化に向けた整備が望まれる。

4. 臨床への示唆

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が望まれる。

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。

E. 結論

多くのがん患者のケアを実施する施設におけるCNおよびCNSは、特に希少がんの緩和ケアにおいて相談ニーズを有していることが明らかになった。相談ニーズの特徴を踏まえて、コンサルテーション枠組みの構築を行い、専門医・認定医が不在の施設から外部の専門家（医師および看護師）にアクセスできる仕組みの整備や、遠隔緩和ケアの推進、施設特性に応じた支援の提供が必要である。また、専門医・認定医が不在の施設で活動する専門資格をもつ看護師を支援するためには、看護師の自信と動機付けを高めるための組織運営支援と看護師のリーダーシップが発揮できるような支援を構築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

なし

学会発表

1. 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 23-26 日 Kuching, Malaysia

2. 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

3. 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。

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

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

Web コンサルテーション Compassion Connect（通称 C-Connect：<https://compassion-connect.net/>）により、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12名の医師による遠隔コンサルテーションを行う。

（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

2025年4月から2026年3月までの間、精神症状に関する相談事例はなく、遠隔コンサルテーションは実施されなかった。

D. 考察

精神症状に関する緩和ケア上の問題は少ないが、精神保健の専門家でない医療者にとって、精神症状の問題であると認識する、専門家の助言を必要とする精神症状であると判断することに困難を伴う。“顔の見える関係”をもたないコンサルタントへの遠隔コンサルテーションはコンサルテーション体制を整えるだけでは機能しないことが想定された。

E. 結論

精神症状の遠隔コンサルテーションは体制を整えるだけでは機能しない可能性が高く、相談者が相談しやすくするための何らかの介入が必要である。

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. Kurisu K, Uchitomi Y, Sakurai N, Fujimori M, Akizuki N, Ogawa A, Kurata A, Izutani T, Mori K, Akechi T, Yamashita T. Online peer support for breast cancer survivors: protocol for a decentralized multicenter open-label pilot randomized controlled trial (HOPE-BC study). Int J Clin Oncol. 2026 Apr;31(4):676-682.
2. Kurosawa S, Kojo K, Yamakawa R, Kato K, Sadaga Y, Kondo K, Sakai S, Kato C, Masuda Y, Hatsusawa H, Terasaki Y, Ouchi F, Inai K, Shimabukuro M, Jinguji A, Shingai N, Toya T, Shimizu H, Najima Y, Kobayashi T, Kodaira S, Hosoda T, Sekiya N, Murofushi K, Akizuki N, Yamauchi T, Shimoyama T, Haraguchi K, Okuyama Y, Doki N. Improved non-relapse mortality in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a long-standing multidisciplinary pursuit at a single center. Bone Marrow Transplant. 2025

Aug;60(8):1193-1195.

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

学会発表

1. 秋月伸哉、がん診療連携拠点病院での取り組みと課題、第 17 回日本不安症学会学術大会、2025 年 5 月 25 日
2. 秋月伸哉、精神疾患を抱える患者のがん診療、終末期ケアの課題、第 30 回日本緩和医療学会学術大会、2025 年 7 月 4 日

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

緩和ケア専門家が不在施設における支援ニーズと外来緩和ケア提供体制の実態
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 がん対策評価研究部
指標モニタリング評価研究室・室長

研究要旨 本研究では、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に向け、緩和ケア専門家が不在の施設に勤務する医師の困難感およびコンサルテーションニーズ、ならびに外来緩和ケア提供体制の実態と組織的課題を明らかにした。全国調査データの解析の結果、専門家が不在施設では症状緩和や意思決定支援に関する困難感が高く、専門家への相談ニーズが存在することが示された。また、外来緩和ケア提供体制には施設間格差や人的資源不足、地域連携上の課題が認められた。これらの結果から、地域の実情に応じた専門家コンサルテーション体制および外来緩和ケア支援体制整備の重要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究では、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に向け、緩和ケア専門家が不在の施設に勤務する医師の緩和ケアに関する困難感および専門家へのコンサルテーションニーズを明らかにするとともに、外来通院中のがん患者に対する専門的緩和ケア提供体制の実態および組織的課題を明らかにすることを目的とした。

これらの知見を通じて、地域における専門的緩和ケア支援体制および外来緩和ケア提供体制整備に向けた基礎資料を得ることを目指した。

B. 研究方法

本研究では、1) 緩和ケア専門家が不在施設に勤務する医師の緩和ケアに関する困難感およびコンサルテーションニーズに関する全国質問紙調査の解析と、2) 外来通院中のがん患者に対する専門的緩和ケア提供体制に関する全国調査データの二次解析を実施した。

1) 医師質問紙調査では、年間がん死亡数 20 名以上の病院のうち、がん診療連携拠点病院に指定されておらず、緩和医療認定医・専門医が在籍していない施設に勤務する医師を対象とした。調査項目には、緩和ケアに関する困難感、専門家へのコンサルテーションニーズ、相談したい内容等を含めた。解析には記

述統計および関連要因の探索的解析を用いた。

2) 外来緩和ケア提供体制に関する研究では、2022 年に日本緩和医療学会および国立がん研究センターが実施した全国調査データを用いて二次解析を行った。対象は外来緩和ケアプログラムを有する病院とし、外来緩和ケアの提供体制、利用可能性、組織的課題等について検討した。また、一般病院とがん診療連携拠点病院との比較を行い、群間差の評価には χ^2 検定、t 検定およびロジスティック回帰分析を用いた。

（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）。質問紙調査への回答は任意とし、解析には匿名化されたデータを用いた。

C. 研究結果

本研究では、緩和ケア専門家が不在施設に勤務する医師の緩和ケアに関する困難感およびコンサルテーションニーズに関する解析と、外来緩和ケア提供体制に関する全国調査データの二次解析を行った。

1) 緩和ケア専門家が不在施設に勤務する医師の困難感およびコンサルテーションニーズ
緩和ケア専門医・認定医が不在の施設に勤

務する医師を対象とした全国質問紙調査の解析では、がん患者診療経験が少ない医師ほど、症状緩和に関する困難感が高かった。また、基本的緩和ケア研修を受講していない医師では、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感が高かった。

専門家への相談ニーズとしては、「使用経験がない薬剤の使用方法」「薬剤選択の助言」「難治性症状への対応方法」に関するニーズが高かった。さらに、年間がん死亡数が少ない病院では、神経ブロックや放射線治療の適応、予後予測などに関する相談ニーズが高かった。

2) 外来緩和ケア提供体制の実態

外来緩和ケア提供体制に関する全国調査データの二次解析では、外来緩和ケアの提供体制には施設間格差が認められた。週5日以上外来緩和ケアを提供している施設は限定的であり、心理支援や地域医療機関との相談体制は十分整備されていなかった。特に一般病院では、専門家紹介の遅れや紹介困難が顕著であった。

また、看護師および精神科医不足は多くの施設で共通した課題として認識されていた。さらに、一般病院では外来緩和ケア患者数や専門看護師の関与時間が少なく、がん診療連携拠点病院との間に提供体制の差が認められた。

D. 考察

本研究では、緩和ケア専門家が不在の施設に勤務する医師の困難感およびコンサルテーションニーズ、ならびに外来緩和ケア提供体制の実態と組織的課題を明らかにした。

まず、緩和ケア専門家が不在施設に勤務する医師では、がん患者診療経験が少ない医師や基本的緩和ケア研修を受講していない医師において、症状緩和や患者・家族とのコミュニケーションに関する困難感が高かった。これは、基本的緩和ケア教育や臨床経験が、一般医師による緩和ケア提供能力に重要であることを示唆している。また、使用経験の少ない薬剤、難治性症状、神経ブロックや放射線治療の適応判断などに関する相談ニーズが高かったことから、地域において専門家へアクセス可能なコンサルテーション体制を整備する必要性が示された。

さらに、年間がん死亡数が少ない病院では、専門的技法や予後予測に関する相談ニーズが高かった一方、比較的症例数の多い病院では、

薬剤選択や心理的ケアなど、より複雑な臨床判断に関するニーズが高かった。これらの結果は、医療機関の機能や経験に応じて求められる支援内容が異なることを示しており、一律ではなく地域や施設特性に応じた柔軟なコンサルテーション体制が必要であることを示唆している。

次に、外来緩和ケア提供体制に関する解析では、外来緩和ケアの提供体制や利用可能性には施設間格差が存在し、心理支援、地域医療機関との連携、専門家紹介体制などに課題が認められた。特に一般病院では専門家紹介の遅れや紹介困難が顕著であり、看護師や精神科医不足も広く認識されていた。これらの結果は、専門的緩和ケアへのアクセス格差が依然として存在することを示している。

本研究の結果から、地域における緩和ケア提供体制を向上させるためには、基本的緩和ケア教育の充実に加え、地域の実情に応じた専門家コンサルテーション体制、遠隔相談支援、地域連携体制整備などを組み合わせた支援モデルの構築が重要であると考えられた。また、外来緩和ケアに関する人的資源不足や地域連携上の課題に対しては、専門人材育成と地域横断的な支援体制強化が必要であると考えられた。

E. 結論

本研究により、緩和ケア専門家が不在の施設に勤務する医師では、症状緩和や意思決定支援に関する困難感および専門家へのコンサルテーションニーズが存在し、その内容は医師の診療経験や医療機関の特性によって異なることが明らかとなった。また、外来緩和ケア提供体制には施設間格差や人的資源不足、地域連携上の課題が存在していた。これらの結果から、地域で質の高い緩和ケアを提供するためには、一律の支援ではなく、地域の実情や医療機関の特性に応じた専門家コンサルテーション体制および外来緩和ケア支援体制の整備が重要であることが示唆された。

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

1. 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;28(9):1220-1229.
doi:10.1089/jpm.2025.0105.

2. 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;55(9):1062-1072.
doi:10.1093/jjco/hyaf095.

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。

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 診療部長

研究要旨 本研究は、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の活動実態を明らかにすることを目的とした。5施設の医師・看護師へのインタビューの結果、小児緩和ケアチームは政策的支援と現場の熱意が融合して発展しており、CLS等を含む多職種連携や「ハブ」医師の配置、組織横断的な運営などの工夫がみられた。一方で、専従スタッフの不足や診療報酬要件の厳しさによる「加算取得の困難さ」、精神科医との連携不足、主治医との役割分担が共通の課題として浮き彫りになった。今後は、小児の実態に即した診療報酬体系の柔軟化や、個人の熱意に依存しない持続可能な組織的支援体制の構築が不可欠である。

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医師、看護師（いずれかもしくは両方）を対象に、以下の項目についてZoomを用いたインタビューを行った。

＊小児緩和ケアチームの立ち上げのきっかけや経緯について

＊小児緩和ケアチームの構成について

＊小児緩和ケアチームの活動実態について

＊小児緩和ケアチームの実践の工夫と課題について

C. 研究結果

インタビューは5施設に対して実施した。3施設が大学病院で2施設が小児専門施設であった。

【小児緩和ケアチームの成り立ち】

「小児がん拠点病院の指定」や「専門医認定の要件」、「小児緩和ケア診療加算の新設」といった外部の制度的要件がチーム整備の強力な後押しになっていた。一方で、制度ができる前から、有志メンバーで外部講師や他職種合同の勉強会を実施したり、外部の専門家によるサポートを受けたり成人の緩和ケアチームとの定期的な交流の機会を持ったりするなど現場の医師や看護師の熱意による草の根の活動が土壌として存在していた施設も多く見られた。

【小児緩和ケアチームの構成について】

小児緩和ケアチームは、医師や看護師だけでなく、薬剤師、心理士、MSW（医療ソーシャルワーカー）、CLS（子ども療養支援士）など小児特有の多職種で構成されていた。一方で多くの施設で専従の小児緩和ケアチームメンバーはおらず、病棟や外来業務、または成人の緩和ケアチームとの兼任で構成されていた。また、大学病院では成人緩和ケアチームのスタッフ（医師や専門看護師など）が小児チームに協力する形をとる施設がある一方、小児に

特化したケアを提供するために、成人とは別チームとして立ち上げている施設もあった。精神科医や、加算要件を満たす専門的な看護師の配置に苦慮している施設が多いのが特徴であった。

【小児緩和ケアチームの活動実態について】

活動の対象や介入のタイミングは施設により幅があるが、小児がん領域から非がん領域へと徐々に広がっている。介入件数は年間数件から 50 件程度と施設差が大きい。各施設ともカンファレンスや回診を週 1 回～月 1 回のペースで定期開催し、多職種で課題を共有しながら診療やケアに当たっている。

【小児緩和ケアチーム活動の工夫】

① 組織運営、マネージメントの工夫

限られたマンパワーで効果的に活動するための工夫としては以下のような取り組みがあった。

「ハブ」となる医師の配置:小児科医が診療チームに所属しながら緩和ケアチームの「ハブ（調整役）」として機能している。これにより、主治医からの相談や他科との調整がスムーズになり、役割分担が明確化されている。

病院長直轄による横断的活動:チームを病院長直轄の組織とすることで、特定の診療科（小児がんなど）に偏らず、非がん患者へも横断的に介入しやすい立付けにしている。

看護部による事務局機能の活用:看護部が事務局として予算取りや研修会の参加調整、マニュアル整備を主導しており、組織的なバックアップがチーム運営を支えている。

② 他部署、多職種を巻き込む工夫

緩和ケアチーム単独で動くのではなく、院内の様々な部署や専門職を巻き込むことで、活動の幅を広げている。

関連科の医師をメンバーに入れる:新生児科や集中治療室、外科、麻酔科などの医師をチームメンバーに組み込むことで、他科からの情報提供を得やすくし、院内の垣根を低くする工夫をしている。

リンクナースの配置と定期会議:各病棟にリンクナースを配置し、定期的に委員会を開いて情報共有や課題の検討を行う仕組みを取り入れている。

フットワークの軽い初期対応:スピードが求められる場面で依頼があった際、まずは動きやすいスタッフがコンパクトに面談に入り、その後の対応方針を素早く判断する。

成人チームとのリソース共有:成人の緩和ケアチームの医師や看護師が小児チームに協力

し、一緒に回診やカンファレンスを行うことで、マンパワーと専門知見を補完している。

③ 院内啓発とアクセスの向上の工夫

チームの存在を知ってもらい、気軽に相談できる環境を作るためのアプローチも重要とされている。

親しみやすいネーミングとパンフレット配布:小児緩和ケアチームの名前を独自に付けて、緩和ケアの目的や具体的な相談内容を記したパンフレットを作成し、入院時に配布して認知度を高めている。

チーム主導のアウトリーチ:主治医からの依頼を待つだけでなく、チーム側から気になる患者を回診し、そこで拾い上げた課題を多職種カンファレンスに持ち込むといった能動的な介入を行っている。

事例紹介を通じてハードルを下げる:定期的な院内研修会で実際の介入事例を紹介し、「こういうケースも相談していいのか」との気づきを促し、依頼の裾野を広げる工夫をしている。

【課題】

人材確保と時間的制約:看護師が外来や病棟業務と兼任であるため活動時間が足りず、患者・家族との深い関わりやマネージメント業務の負担が大きいことが共通の課題になっている。また、専門資格の取得に長期研修が必要など、ハードルが高く、人員要件を満たせずに小児緩和ケア診療加算の取得に至らないケースもある。

精神科医師の不足、連携不足:精神的ケアや不眠・不安への対応において、精神科医が不在であったり連携が未成熟であったりして、対応に自信が持てない。

主治医・病棟との連携の難しさ:主治医からの正式なコンサルテーションが少ないことや、主治医の裁量との兼ね合いでチームから患者・家族への直接的な提案がしにくいといった役割分担の壁がある。また、病棟看護師とのコミュニケーション不足や、活動に対する周囲の温度差に直面する課題も生じている。

D. 考察

本研究の結果から、日本の小児医療における緩和ケア体制は、国策による「制度的な推進力」と現場の熱意による「内発的動機」が融合し、発展してきていることが明らかになった。

① 制度的要件と草の根活動の相乗効果

小児がん拠点病院の指定や診療加算の新設といった制度的枠組みは、組織的なチーム構築の強力なきっかけとなっている。しかし、多

くの施設において制度化以前から自主的な勉強会などの「土壌」が存在しており、小児領域における緩和ケアニーズが存在する中で制度の後押しが推進につながった可能性がある。

② 多職種連携と小児特有の「ハブ」機能

小児緩和ケアチームは、CLS や心理士を含む多職種で構成され、成人の緩和ケア以上に広範なサポート体制を敷いている。また、小児科医が「ハブ」として機能することで、主治医とのコンフリクトを避けつつ、専門的ケアを統合することにつながっていた。また、組織構造が診療科横断的な活動につながる可能性が示唆された。

③ マンパワー不足と診療報酬のジレンマ

最大の課題は、専従スタッフの不在と時間的制約にある。特に看護師の兼任体制は、全人的ケアの質を担保する上でのボトルネックとなっている。また、専門資格取得のハードルの高さが「加算が取れないため人員を増やせない」という悪循環を生んでおり、現行の診療報酬の枠組みが小児の実態に十分に適合していない可能性がある。

④ 精神科領域および主治医との連携の課題

精神科医の不足は、患児の心理的苦痛や家族ケアにおいて大きな課題になっている。また、主治医との連携における「心理的・役割的の障壁」は、緩和ケアが小児領域においては依然として「終末期」のイメージと結びつきやすい現状が背景にある可能性がある。

E. 結論

本研究により、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点が挙げられる：

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。

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。

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。

本研究で得られた知見は、小児緩和ケアの質向上と、それを支える適切な社会的・経済的基盤を構築するための重要な基礎資料となり得る。

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. Yotani N, et al. Trends in the location of death among children with cancer in Japan. Palliat Med Rep. 2026;7(1): D0 I: 10.1177/26892820251404796

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

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

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
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 准教授

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実施した。また、2026 年4月から2027 年3月まで、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キングを目的に北海道地域緩和ケア研修会（愛称：どさんこロジー研修会）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。

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）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従事者の緩和ケアに関する知識の向上とネットワーク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（ドさんコロジーML）を作成し、現在 213 名の医療従事者が登録されている。

D. 考察

地域と病院を定めたうえで、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 Web とアウトリーチを併用したハイブリッド型地域緩和ケアコンサルテーション（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）の実施性を検討した。北海道ではこのモデルは有効に機能した。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、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。

E. 結論

過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、その運用を行い実施性を確かめた。本モデルは北海道では有効に機能したが、今後全国にモデルを展開するためには、複数都道府県を対象として、コンサルテーションモデルが「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. Miyashita M, Sato K, Nakazawa Y, Takahashi R, Kizawa Y, Kishino M, Ito S, Hamano J. Comparison of patient characteristics and end-of-life treatments among cancer descendants between designated cancer care hospitals and non-designated hospitals using the national claims database in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. 2026. doi: 10.1093/jjco/hyag007. Epub ahead of print.
2. Hamano J, Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Okumura Y, Kizawa Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi E, Yamazaki R, Ogawa A. Factors related to the quality of death and family satisfaction among cancer patients at home: an analysis using death certificate data and a national bereaved family survey. *Support Care Cancer*. 2025 Aug 27;33(9):817. doi: 10.1007/s00520-025-09856-1.
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.

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

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。緩和ケア相談ニーズに関する各項目について、全集団および医師背景情報ごとに、記述統計の手法を用いて集計し、質的データはSCAT(Steps for Coding and Theorization)による質的データ分析を行った。

（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（ $R^2 = 0.527$ ）。

質的解析の結果では、「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（事前ケア計画、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。

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。

質的分析結果では、プライマリ・ケア医が直面している「孤立」や「ケアの断片化」を明確に浮き彫りになった。しかし、回答者がすべてプライマリ・ケア医であったため、本研究には専門医の視点が欠けているという限界がある。本研究は、専門医を巻き込んで「病院側の視点」を明らかにし、患者の押し付けや放置がなぜ発生するのか、また連携を阻む障壁は何かを解明するための研究を行う必要性を強調している。さらに、制度面においては、診療報酬や専門医・認定看護師の育成といった「制度・政策」について具体的な提言を行うことが重要である。我々は、医療従事者側の有効性を検証するため、参入障壁の低いオンライン相談・学習システムのプロトタイプを開発し、試験的に導入する必要性を提言する。

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。また、本邦の現在の地域緩和ケア体制は、孤立したプライマリ・ケア医師に持続不可能な負担を強いているとされる。地域緩和ケアの質と持続可能性を確保するためには、利用しやすく継続的な相談・教育体制の構築や、抜本的な制度改革が広く求められている。

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

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, Philippines 2026.

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関して、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）のモデル作成に向けて、医療従事者および患者・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のあり方を明らかにすることを目的として研究の計画・立案を行った。本研究は日本医科大学中央倫理委員会の承認を得て実施した。インタビューアーをリクルートし、医療従事者および患者・家族 12 名を対象に半構造化インタビューを実施し、内容分析を行った。その結果、医療従事者および患者・家族が求める薬局薬剤師像には一定の共通性が認められ、《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。以上より、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示唆された。

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像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、コーティングを行う（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に求められる薬剤師像についてまとめる。

（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た（承認番号：M-2024-184）。

C. 研究結果

医療従事者および患者・家族 12 名に対してグループインタビューを実施し、薬局薬剤師に求められる薬剤師像について収集した。医療従事者および患者・家族が求める薬剤師像には一定の共通性が認められ、《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》が抽出された。

D. 考察

本研究では、医療従事者および患者・家族という立場の異なる両者から共通する薬剤師像が抽出された点に特徴があり、地域緩和ケアにおける薬局薬剤師の役割に関して新たな視点を示した可能性がある。特に、《専門知に基づく指導・助言》が双方に共通する中核的期待として抽出されたことは重要な結果であった。これは、地域緩和ケアにおいて薬剤師が専門的指導・助言者としてコンサルテーション機能を担うことへの期待を示すものと考えられる。医療従事者は、剤形・投与経路・薬価・新規薬剤選択や副作用対策など、緩和ケア特有の高度な薬剤管理に関する助言や、疼痛緩和を目的とした積極的な処方提案を期待していた。一方、患者・家族は、相互作用や災害時対応を含む薬物療法全般に関する具体的な助言を求めている。すなわち、医療従事者からは専門的知識に基づく薬物療法管理の支援が、患者・家族からは日常生活に即した薬物療法支援が期待されており、薬剤師には両者の視点を踏まえた助言機能が求められていると考えられる。さらに、《専門性を活かした患者支援》および《患者中心のコミュニケーション》も共通して期待されていた。これは単なる服薬指導にとどまらず、病態や治療意図、患者の生活背景を踏まえた全人的な支援が薬局薬剤師に求められていることを示唆している。また、《患者情報の共有による多職種連携》も重要な構成要素として示された。医療従事者は患者の生活情報のフィードバックを期待し、患者・家族は自身の意向を医療者へ伝える役割を薬剤師に期待していた。これらの結果は、薬剤師が医療従事者と患者・家族をつなぐ情報共有のハブとして機能することへの期待を示していると考えられる。最後に、《専門性向上に向けた積極的姿勢》は、これらの役割を継続的に担うための基盤となる要素であると考えられる。主体的に学習を継続し、柔軟かつ迅速に対応する姿勢が求められており、地域医療において顔の見える関係性を構築しながら積極的に関与していくことの重要性が示唆された。

E. 結論

医療従事者／患者・家族が地域緩和ケアにおいて求める薬局薬剤師像は共通しており、《専門知に基づく指導・助言》を核とし、《専門性を活かした患者支援》《患者中心のコミュニケーション》《患者情報の共有による多職種

連携》を通じて実践されることが期待されていた。さらに、これらを持続的に担う基盤として《専門性向上に向けた積極的姿勢》が求められていた。すなわち、処方決定に影響を与える薬学的提案や生活情報を基にした調整を通じて治療内容に影響を与え得る専門性と姿勢を併せ持つ、薬局薬剤師像が求められていることが示唆された。

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

1. 矢島 領, 伊勢 雄也, 荒尾 晴恵, 青木 美和, 石丸 直人, 木澤 義之. がん治療における地域緩和ケアで医療従事者および患者・家族が求める薬局薬剤師像の質的研究. 日本がんサポートィブケア学会雑誌. 2026 (in press)

学会発表

1. 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。