

これからの緩和ケア部会が担うこと ～非拠点病院の視点から～

筑波大学 医学医療系

浜野 淳

都道府県協議会の主な役割

(2) 都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。

③ 都道府県内の拠点病院等の院内がん登録のデータやがん診療、緩和ケア、相談支援等の実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、各都道府県とも連携し、Quality Indicatorを積極的に利用するなど、都道府県全体のがん医療の質を向上させるための具体的な計画を立案・実行すること。併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて都道府県内のがん関連情報収集や利活用等の推進に取り組むこと。

④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。

緩和放射線治療等の緩和医療

オ 分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ 小児がんの長期フォローアップを行う体制

キ AYA世代（注1）のがんの支援体制

ク がん・生殖医療（別途実施されている「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施。）

がん患者の療養場所に関する意思決定プロセス、および、
療養場所における医療・緩和ケアの実態、提供体制と
質に関する多面的評価研究

2023-2025年度 厚労科研

研究班の方向性

1. 拠点病院での治療が終了したがん患者の、終末期の療養場所に関する**意思決定のプロセス、および、療養場所における医療および緩和ケアに関する実態**（提供体制や質）の把握
2. 拠点病院以外のがん治療を行う医療機関について、**緩和ケアの提供体制や、その質に関する継続可能な調査手法**と、それにより把握された情報の妥当性に関する検討
3. 上記をふまえた、緩和ケアの質に関する分析と、その**質の改善策の提案**

がん患者の治療終了後～終末期のQOLに焦点をあてる

研究班の方向性

1. 拠点病院での治療が終了したがん患者の、終末期の療養場所に関する意思決定のプロセス、および、療養場所における医療および緩和ケアに関する実態（提供体制や質）の把握
2. 拠点病院以外のがん治療を行う医療機関について、
緩和ケアの提供体制や、その質に関する継続可能な調査手法と、それにより把握された情報の妥当性に関する検討
3. 上記をふまえた、緩和ケアの質に関する分析と、
その**質の改善策の提案**

がん患者の治療終了後～終末期のQOLに焦点をあてる

がん患者が死亡した病院の機能と がん診療連携拠点病院・非拠点病 院で死亡した患者の特性比較

1,2高橋理智、1,2中澤葉宇子、3衛藤憲人、4木澤義之、
5宮下光令、6余谷暢之、7品田雄市、8濱野淳

¹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

²国立がん研究センターがん対策研究所 がん医療支援部

³東海大学工学部 医工学科

⁴筑波大学医学医療系 緩和支援診療科

⁵東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野

⁶国立成育医療研究センター 総合診療部緩和ケア科

⁷東京医科大学八王子医療センター 総合相談・支援センター

⁸筑波大学医学医療系 臨床医学域 総合診療医学・緩和医療学

*本研究は第29回日本緩和医療学会学術大会（優秀演題）で発表しています

*本研究は論文として、公表しています
(Jpn J Clin Oncol. 2025 Apr
6;55(4):377-382.)

RQ. 実際にがん患者はどんな病院で亡くなっているのか？緩和ケアスタッフがいる病院なのか？
死亡前に緩和ケアは受けられているの？

わが国では、がん患者の70-80%が病院で死亡

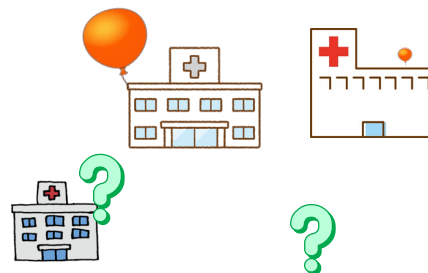
がん診療連携拠点病院

緩和ケアの提供体制
指定要件



非拠点病院

緩和ケアの提供体制
病院によって異なる



死亡前は、痛みなどの
身体症状が強くなる

J Clin Oncol 2011; 29(9): 1151-8

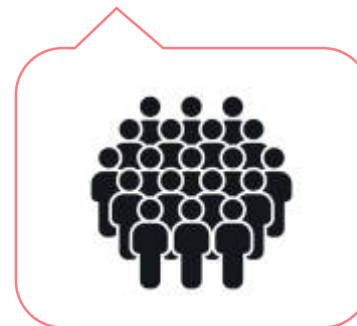
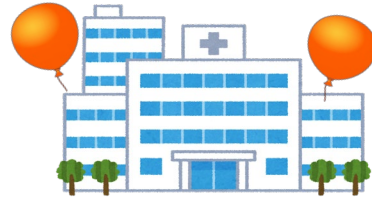
死亡前の緩和ケアは重要！

がん診療連携拠点病院とは

全国で質の高いがん医療を提供
するため、厚生労働大臣が指定
した病院です。
医療内容など、一定の基準を満
たしています。



病院で死亡した
がん患者約30万人に
ついて全員分調べる
※20歳以上が対象



拠点病院以外の緩和ケアニーズや、緩和ケア提供体制整備の重点課題の検討に
繋げることができる。

- 国立がん研究センター倫理委員会の承認（研究課題番号:2023-127）を得て実施された。
- がん患者の療養場所に関する意思決定プロセス、および、療養場所における医療・緩和ケアの実態、提供体制と質に関する多面的評価研究（23EA2001）（濱野班）により実施された。

研究デザイン

人口動態調査 死亡個票、および病床機能報告等のデータを使用した二次分析研究である。

調査項目

死亡個票 年齢、性別、がん種、死亡施設の名称

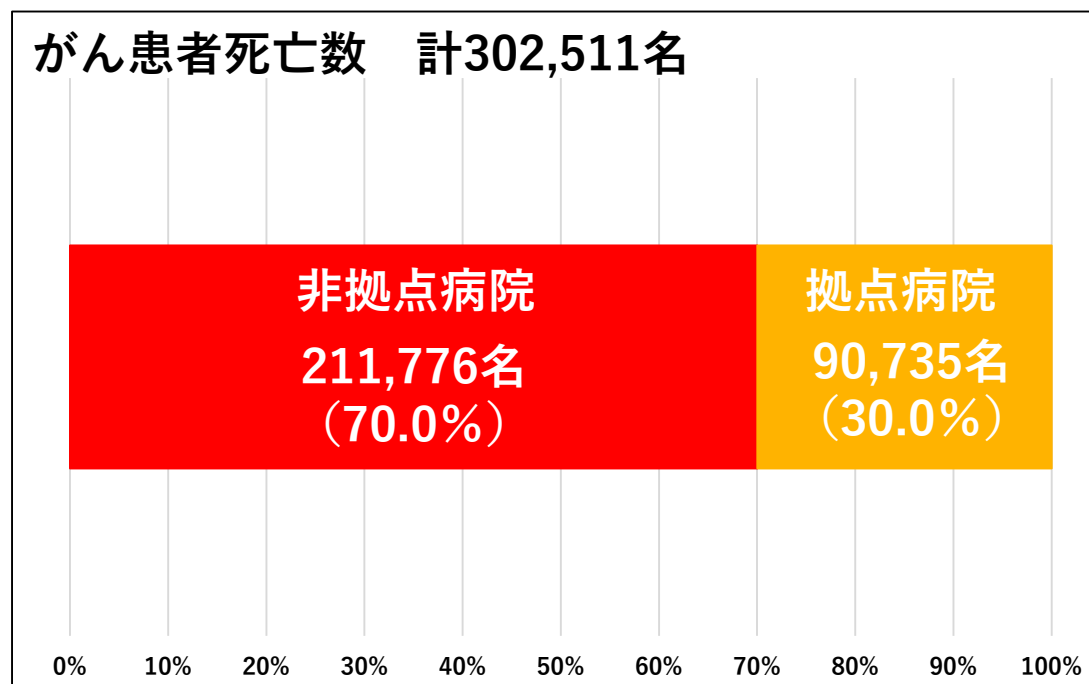
病院機能 各施設の病床数、DPC医療機関群の種類、がん診療連携拠点病院
緩和ケア専門スタッフ
医師：専門医・認定医
看護師：がん看護専門・緩和ケア認定・がん性疼痛認定看護師
薬剤師：緩和薬物療法専門・暫定指導・認定薬剤師

結果 1 解析対象者

	本研究の解析対象者		2018年人口動態調査の がん死亡者（病院）	カバー率
	N	%	N	%
全体	302511	100	305422	99.0
性別				
男性	179813	59.4	181502	99.1
女性	122698	40.6	123920	99.0
死亡時の平均年齢[標準偏差]				
全体	76.3歳[11.5]			
男性	75.8歳[10.6]			
女性	77.2歳[12.7]			
年齢層別				
20-29歳	336	0.1	341	98.5
30-39歳	1351	0.4	1361	99.3
40-49歳	6145	2.0	6187	99.3
50-59歳	16505	5.5	16633	99.2
60-69歳	52331	17.3	52707	99.3
70-79歳	92710	30.6	93521	99.1
80-89歳	100980	33.4	101817	99.2
90歳以上	32153	10.6	32511	98.9
がん種				
頭頸部	6738	2.2	6792	99.2
食道	9288	3.1	9377	99.1
胃	35304	11.7	35624	99.1
大腸	39913	13.2	40317	99.0
肝臓	21011	6.9	21194	99.1
膵臓	28868	9.5	29079	99.3
肺	61825	20.4	62311	99.2
乳房	11460	3.8	11566	99.1
子宮卵巣	9329	3.1	9392	99.3
前立腺	9071	3.0	9164	99.0
血液	22608	7.5	22901	98.7
その他	47096	15.6	47705	98.7

- 対象集団 がん病院死亡の
カバー率は99.0%
ほぼすべてのケースを網羅

結果 2 拠点病院・非拠点病院の看取り数



- ・ 病院で死亡したがん患者の70%が非拠点病院で亡くなっていた

非拠点病院の看取り数（総計211,776名）

平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	最頻値
32	50	1	687	14	1

拠点病院の看取り数（総計90,735名）

平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	最頻値
209	124	1	1187	183	193

+

医

薬

看

平均病床数

554床

死亡時の平均年齢

72.6歳

67,379名(22.3%)

(293施設)

+

医

薬

平均病床数

316床

死亡時の平均年齢

75.4歳

2,776名(0.9%)

(19施設)

+

医

看

平均病床数

368床

死亡時の平均年齢

74.4歳

47,587名(15.7%)

(287施設)

+

薬

看

平均病床数

399床

死亡時の平均年齢

74.2歳

22,422名(7.4%)

(161施設)

+

医

平均病床数

202床

死亡時の平均年齢

77.0歳

10,707名(3.5%)

(149施設)

+

薬

平均病床数

231床

死亡時の平均年齢

77.3歳

3,230名(1.1%)

(52施設)

+

看

平均病床数

266床

死亡時の平均年齢

76.3歳

49,482名(16.4%)

(573施設)

+

平均病床数

139床

死亡時の平均年齢

80.3歳

98,928名(32.7%)

(5446施設)

※医師は、緩和ケア専門、認定

※薬剤師は、緩和薬物療法専門、暫定指導、認定

※看護師は、がん看護専門、緩和ケア認定、がん性疼痛認定

3 職種

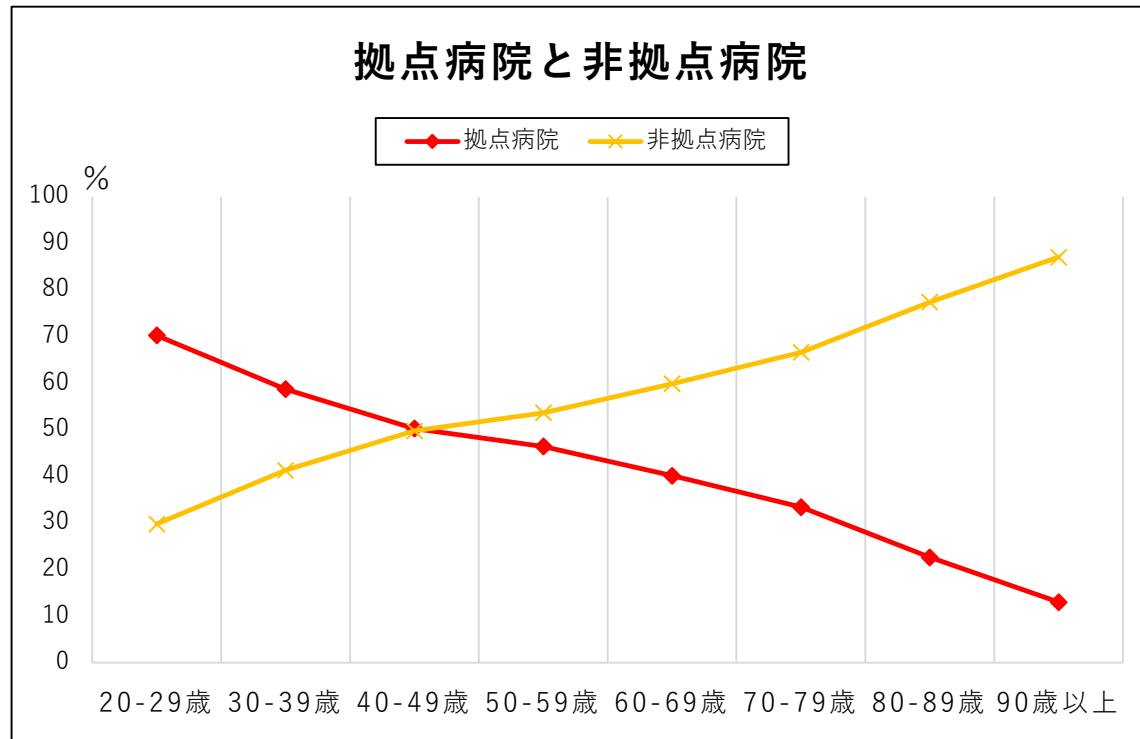
2 職種

1 職種

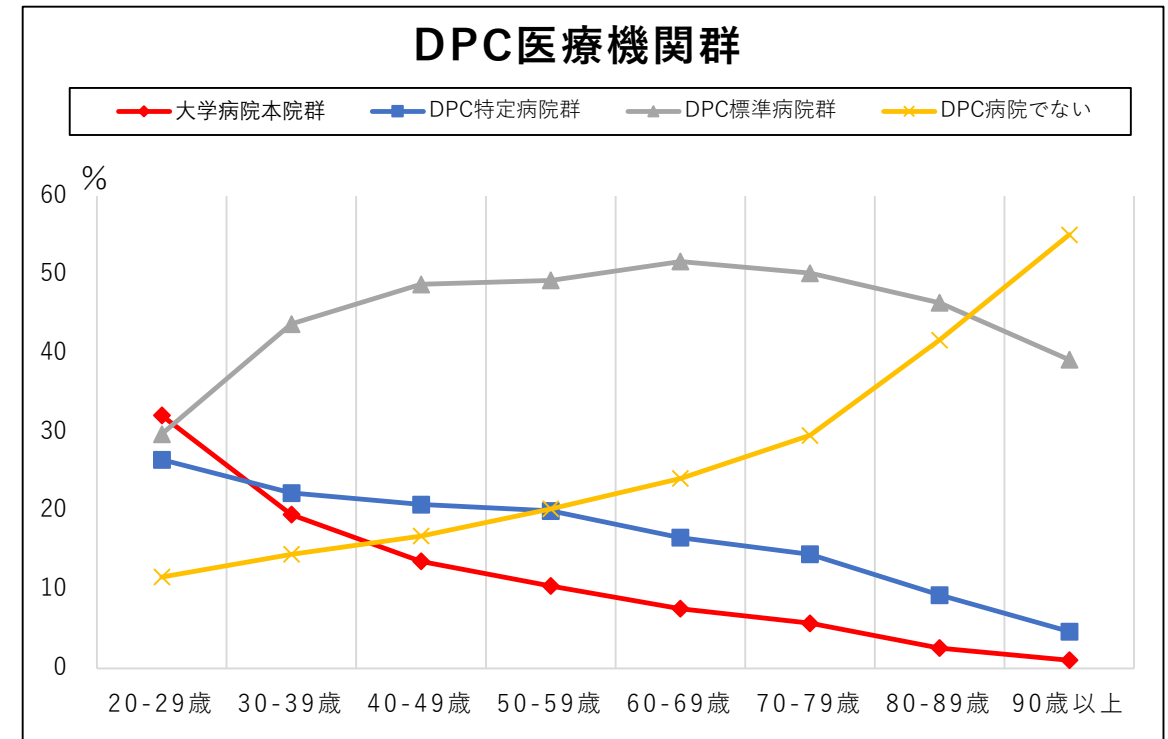
なし

結果 4 年齢層別—がん患者の死亡する病院

*急性期入院を対象とした支払制度に参加しているDPC病院は、役割と機能により分類されています

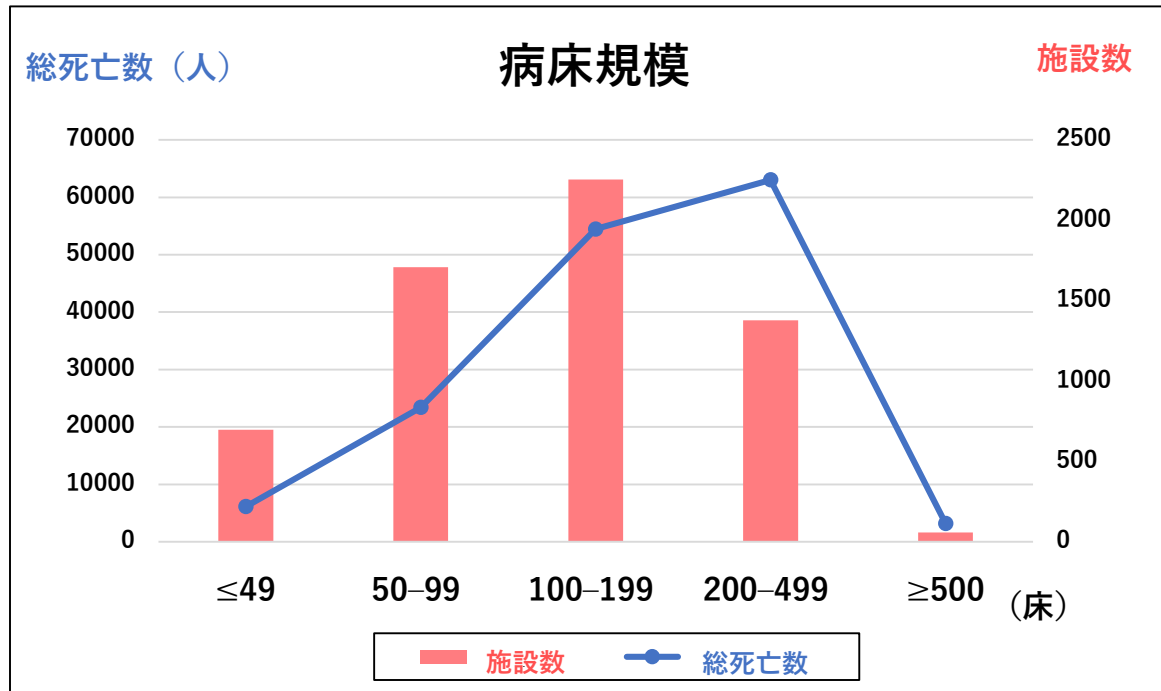


- ・ 20歳代では**70%が拠点病院**で亡くなっていたが、90歳以上では**87%が非拠点病院**で亡くなっていた。



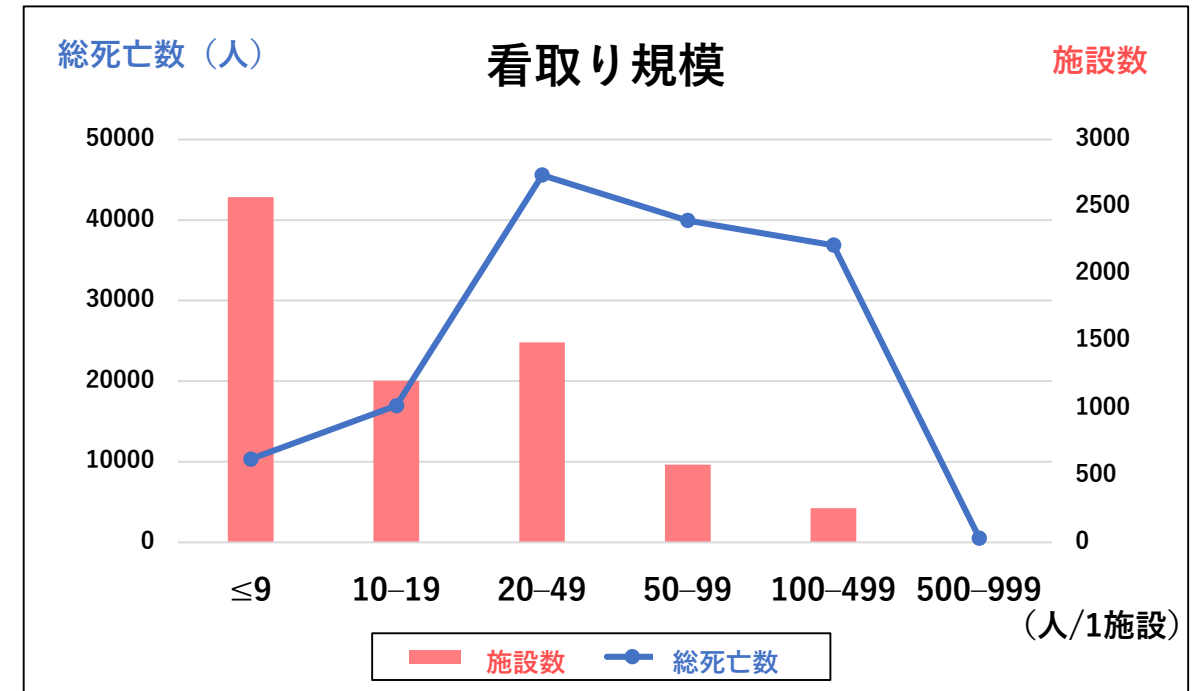
- ・ 90歳以上で大学病院で亡くなるのは、わずか1%だった。

結果 5 非拠点病院・専門医なしの病院



- ・ **施設数** は、100-199床の規模の病院が多い。
- ・ **死亡数** は、200-499床の規模の病院が多い。

*病院が1年間で看取ったがん患者の数



- ・ **施設数** は、9人以下の看取りの病院が多い。
- ・ **死亡数** は、20-49人の看取りの病院が多い。

専門医がない非拠点病院



- 100-199床、200-499床規模の病院
- 年間20-49名の看取りを行っている病院

多くのがん患者が亡くなっていた



このような病院での緩和ケア提供体制について、重点的に整備していく必要が考えられた

拠点病院での死亡 (病院死亡のがん患者の30%)



- 若い年代ほど拠点病院で死亡する傾向がみられた
- 血液がんは大腸がんに比べて拠点病院で死亡する傾向がみられた



拠点病院で亡くなる方の背景には、医療的な必要性（重い症状など）だけでなく、社会的な事情が影響している可能性もある
その点は今後さらに明らかにしていく必要がある

拠点病院と非拠点病院で行われている 終末期医療の比較

レセプト分析と遺族調査の結果から

宮下光令¹⁾、佐藤一樹²⁾、伊藤里美¹⁾

1) 東北大学 2) 名古屋大学

背景 非拠点病院における緩和ケアの質

- 緩和ケアの質の評価を行うことは、ケアの質の維持向上のために重要

Teno JM. J Palliat Med (2005).

- 拠点病院では緩和ケアの質の評価が行われてきた
 - 緩和ケア病棟や在宅ホスピスと比較して、改善の余地がある

Miyashita, M., Morita, T., et al. Pain Symptom Manage. (2015).

- 現況調査：毎年10月31日現在の診療体制などの現況を厚生労働省に報告

非拠点病院における緩和ケアの質の評価は行われていない

目的

- 拠点病院と非拠点病院で行われている終末期医療を比較する
 - － レセプト分析
 - － 遺族調査

方法：レセプト分析

■ 厚労省特別抽出によるレセプトデータ

- 2013年度～2015年度のがん死亡
- 20歳以上
- 緩和ケア病棟を除く

■ 分析対象者

- 拠点病院の死亡者 164,063人
- 非拠点病院の死亡者 327,901人

結果：レセプト分析 緩和ケア（１）

	拠点病院		非拠点病院		オッズ比
緩和ケア					
緩和ケア診療加算	17577	11%	4811	1%	0.12
強オピオイド	106635	65%	172869	53%	0.60
モルヒネ	63649	39%	96771	30%	0.66
オキシコドン	43912	27%	55984	17%	0.56
フェンタニル	45477	28%	100146	31%	1.15
経口	42879	26%	63573	19%	0.68
注射	78640	48%	90397	28%	0.41
坐薬	8546	5%	21472	7%	1.28
貼付	34946	21%	91925	28%	1.44
口腔・舌下	2829	2%	7403	2%	1.32
NSAID s	74714	46%	115824	35%	0.65
副腎皮質ホルモン	83709	51%	122640	37%	0.57
抗精神病薬	60321	37%	75871	23%	0.52

結果：レセプト分析 治療・処置（2）

	拠点病院		非拠点病院		オッズ比
積極治療・処置・検査					
心肺蘇生	7717	5%	15695	5%	1.02
人工呼吸	12226	7%	19075	6%	0.77
ICU	7674	5%	4112	1%	0.26
救命救急	32464	20%	51040	16%	0.75
挿管	6216	4%	9200	3%	0.73
抗がん剤	15810	10%	16258	5%	0.49
強心薬	8705	5%	13267	4%	0.75
輸血製剤	22580	14%	23317	7%	0.48
抗菌薬	80091	49%	130409	40%	0.69
輸液製剤（250ml/d以上	60342	37%	180006	55%	2.09
中心静脈栄養製剤	7359	4%	33410	10%	2.42

方法：遺族調査

■ 国立がん研究センターが実施した死亡小票ベースの遺族調査

- 調査期間2020年3～5月
- 対象：2018年にがんで死亡した患者の遺族

■ 分析対象者

- 拠点病院の死亡者 4,821人
- 非拠点病院の死亡者 9,174人

結果 終末期の治療や療養場所に関する話し合い

遺族調査

- 統計的有意差のみられる項目もあるが、効果量が小さい

	拠点病院(N = 4,821)		非拠点病院(N=9,174)		P値	ES
	n	%	n	%		
療養場所についての希望の話し合い(患者-主治医)					0.01	0.03
出来た	1,393	28.9	2,723	29.7		
出来なかった	1,155	24.0	2,575	28.1		
蘇生処置に関する話し合い(患者-主治医)					0.11	0.02
出来た	1,653	34.3	3,162	34.5		
出来なかった	1,127	23.4	1,995	21.7		
療養場所や蘇生処置に関する話し合い(患者-遺族)					0.01	0.03
出来た	1,852	38.4	3,713	40.5		
出来なかった	2,252	46.7	4,063	44.3		
蘇生処置に関する話し合い(遺族-主治医)					<.001	0.04
出来た	2,685	55.7	5,466	59.6		
出来なかった	1,289	26.7	2,164	23.6		
蘇生処置に関する書類の作成					0.46	0.01
出来た	603	12.5	1,199	13.1		
出来なかった	3,393	70.4	6,479	70.6		

結果 緩和ケアの質の評価

- 対象者特性で調整後、GDI・MSASの合計、医療満足度で統計的な有意差が見られ、MSASの合計・医療満足度において小さな効果が見られた

		拠点病院(N = 4,821)		非拠点病院(N=9,174)		P値	ES
		平均	SD	平均	SD		
CES合計	調整前	44.3	9.6	43.7	9.8	<.001	0.06
	調整後	44.0	2.2	43.9	2.2	0.56	0.01
GDI合計	調整前	65.6	21.5	63.3	22.9	<.001	0.10
	調整後	65.3	9.3	63.7	10.0	<.001	0.16
MSAS合計	調整前	26.1	11.0	24.2	11.2	<.001	0.17
	調整後	26.0	3.9	24.4	4.2	<.001	0.39
医療満足度	調整前	4.4	1.4	4.4	1.4	0.60	0.01
	調整後	4.3	0.2	4.4	0.2	<.001	0.21

考察：レセプト分析

■ 非拠点病院の鎮痛薬・薬剤処方・輸液処方

- 非拠点病院ではオピオイド、NSADIs、抗精神病薬の処方が少ない
- 非拠点病院のオピオイドは貼付剤が多い
- 非拠点病院では輸液・高カロリー輸液の施行率が高い
- 拠点病院のほうが、がんによる疼痛が強く、非拠点病院で経口摂取ができる患者が少ない影響も受けていると思われるが・・
- 拠点病院のほうがガイドライン等に沿った、最新の疼痛緩和治療・輸液治療を行っている可能性がある

考察：レセプト分析

■ 非拠点病院の積極的医療

- 非拠点病院ではICU入室、抗がん剤の使用、輸血製剤の使用が少ない
- 血液がんなど、これらの治療が必要な患者は拠点病院で治療を受けている
- 非拠点病院と拠点病院で、心肺蘇生や人工呼吸器の使用の割合は変わらない
- 拠点病院のほうが、より集中治療が少ない患者を診ていることを考えると、非拠点病院では過度な延命医療を受けている可能性を否定できない

考察 緩和ケアの質・終末期の話し合い

医療満足度はわずかに拠点病院が高く、GDIとCES、終末期の話し合いの実施率は拠点病院と非拠点病院で差が見られなかった

- ・ 非拠点病院の緩和ケアサービス体制は十分に整っていない、人的・金銭的リソースが限られる

Nakazawa, Y. et al. J. Pain Symptom Manage. (2021).

- ・ 非拠点病院で活動している緩和ケアチーム数の増加
- ・ がん診療に関わるすべての医師に対して緩和ケアの基本的な知識等を習得する研修会の受講者数の増加

木澤義之ら(編)(2023), ホスピス緩和ケア白書2023.

➤ 非拠点病院における緩和ケアサービスが普及しつつある

- ・ 拠点病院には症状が強い患者が入院している
- 遺族から見た緩和ケアの質が相殺された可能性
- 病態が複雑な患者を拠点病院で診療するように誘導され、最適化されている可能性

結論①

- 死亡個票

- 病院死亡の70%は非拠点病院で看取っている
- 非拠点病院では、比較的高齢で症状が安定した患者が多いが、緩和ケアの専門家が常勤していないケースが一般的
 - 限られた人材、体制の中で緩和ケアが提供されている

- レセプト分析

- オピオイド処方量や輸液量に拠点・非拠点で差がみられ、ガイドラインに沿った緩和ケアが十分に提供できていない可能性

結論②

- 遺族調査

- 遺族の主観評価では、拠点・非拠点間で緩和ケアの質に大きな差は確認されなかった
 - 病院機能の違いが遺族からみると判別しづらい可能性
 - 患者・家族の価値観が主観評価に強く影響する可能性
 - 拠点病院ではより複雑な臨床状況の患者を多く看取っているため、患者構造の違いが主観評価結果に影響している可能性も否定できない

これからの緩和ケア部会が担うこと ～非拠点病院の視点から～

- 都道府県の政策的な議論では、遺族の主観評価だけでなく、死亡個票やレセプトなどの客観指標を用いて都道府県内全体の緩和ケアの状況を俯瞰的に捉え、**非拠点を含めた視点で**緩和ケア提供体制を再構築することが重要
 - － 専門的緩和ケアの役割分担
 - － 地域緩和ケアの質向上
 - － 緩和ケア連携体制