

■ 緩和ケア病棟の概況（問 16～20）

緩和ケア病棟の概況は以下のとおりであった。

図表 95 緩和ケア病棟の平均利用率等

	回答数	最小値	最大値	平均
平成 30 年 4 月における平均病床利用率	9	16.1%	99.4%	62.9%
平成 30 年 4 月における平均在棟日数	7	10 日	71.9 日	36.5 日
調査時点における緩和ケア病棟の全入院患者のうち、在棟日数 31 日以上の患者の割合	9	0 割	5 割	3.4 割

図表 96 緩和ケア病棟の入院患者数

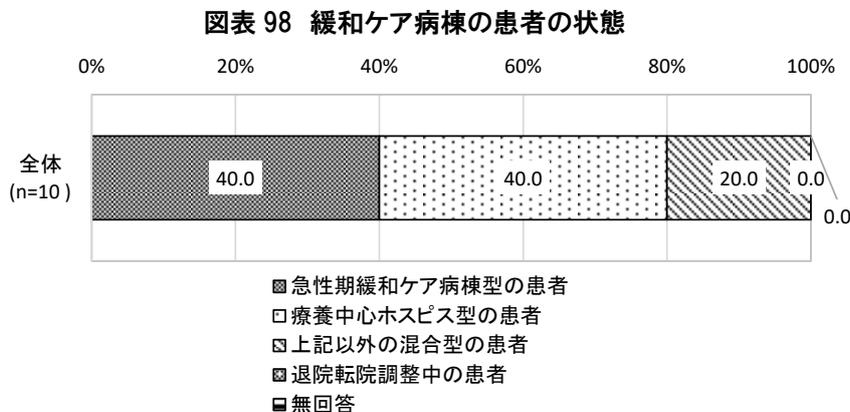
	回答数	最小値	最大値	平均
①新規入院患者数	9	6 人	29 人	14.0 人
②再入院患者数	9	0 人	2 人	0.3 人
③上記①・②のうち、緊急入院患者数	8	0 人	8 人	1.8 人

図表 97 緩和ケア病棟の退院患者数【理由別】

	回答数	最小値	最大値	平均
①退院患者数	9	5 人	30 人	14.0 人
②上記①のうち、自宅又は介護保険施設等の在宅療養	9	0 人	2 人	0.7 人
③上記①のうち、転院	8	0 人	1 人	0.3 人
④上記①のうち、看取り（死亡）	9	4 人	26 人	12.8 人
⑤上記①のうち、その他	6	0 人	1 人	0.2 人

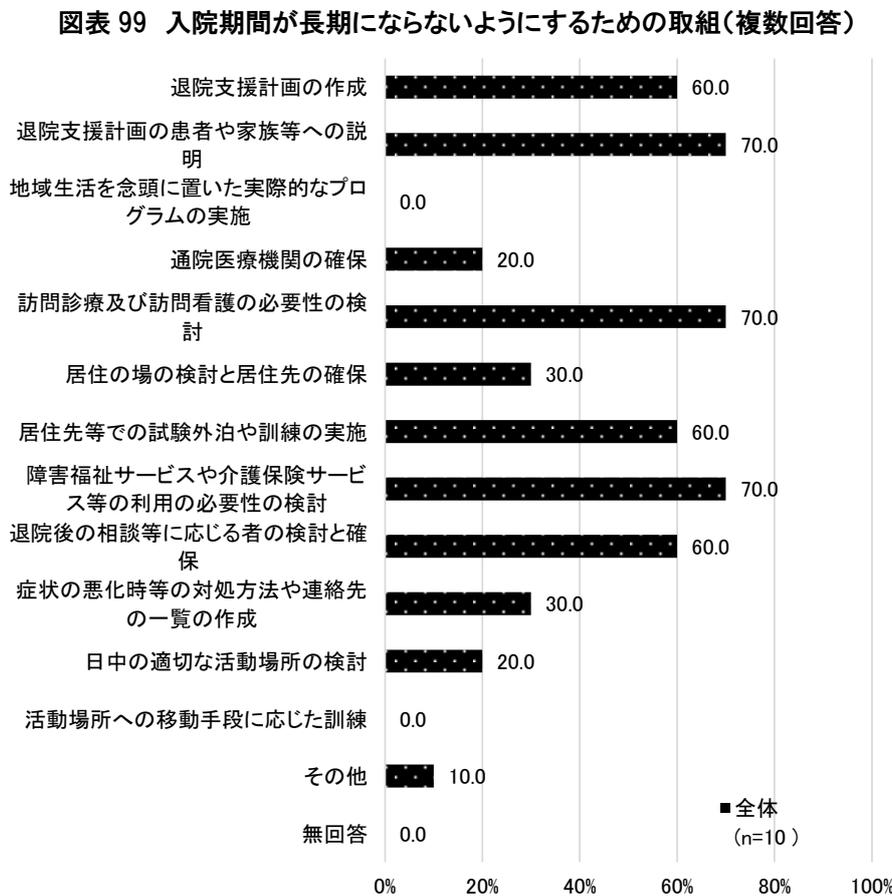
■ 緩和ケア病棟の患者の状態（問 21）

緩和ケア病棟の患者において最も多い状態は、「急性期緩和ケア病棟型の患者」と「療養中心ホスピス型の患者」がそれぞれ 40.0%であった。



■ 入院期間が長期にならないようにするための取組（問 22）

入院期間が長期にならないようにするための取組は、「退院支援計画の患者や家族等への説明」「訪問診療及び訪問看護の必要性の検討」「障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討」がそれぞれ 70.0%で最も高かった。

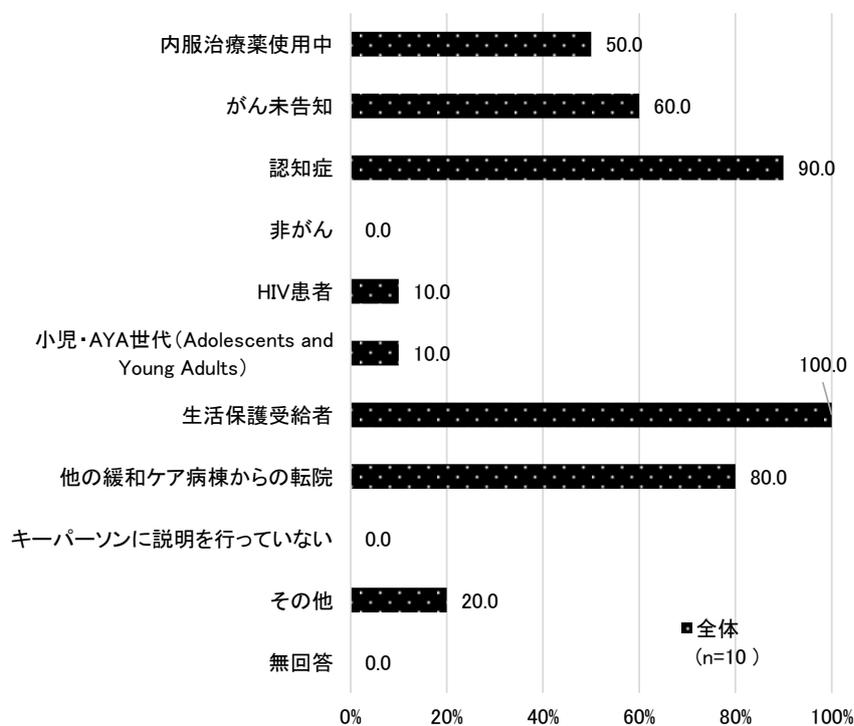


※その他：「退院支援を行う患者に対して緩和ケア病棟の担当診療科がフォロー外来を実施」との回答があった。

■ 受け入れ可能な患者の状態像（問23）

受け入れ可能な患者の状態像は、「生活保護受給者」が100%で最も高く、次いで「認知症」が90.0%であった。

図表 100 受け入れ可能な患者の状態像(複数回答)

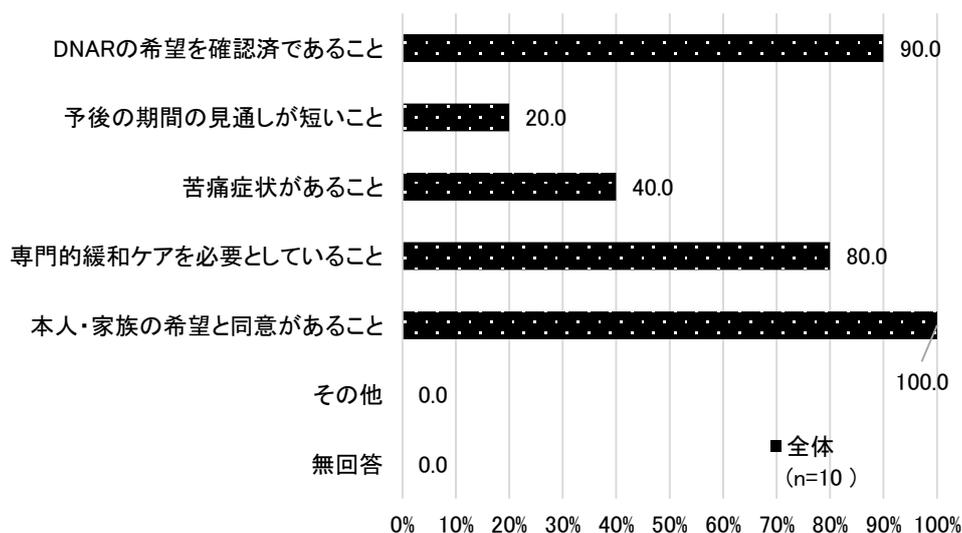


※その他：「脳腫瘍」「レスパイト入院」との回答があった。

■ 病棟に入院する時点での条件（問24）

病棟に入院する時点の条件は、「本人・家族の希望と同意があること」が100%で最も高く、次いで「DNARの希望を確認済であること」が90.0%であった。

図表 101 病棟に入院する時点での条件(複数回答)

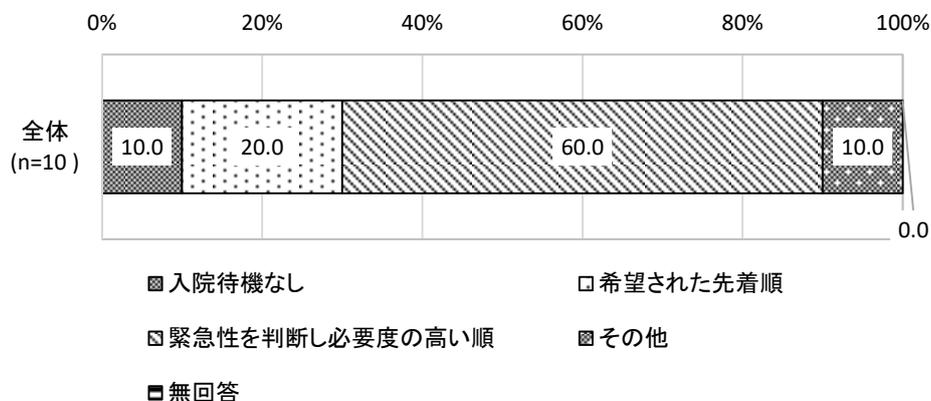


※DNAR：do not attempt resuscitation。患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。

■ 入院待機がある場合の入院順の決定方法（最も優先するもの）（問 25）

入院待機がある場合の、入院順の決定方法（最も優先するもの）は、「緊急性を判断し必要度の高い順」が60.0%で最も高く、次いで「希望された先着順」が20.0%であった。

図表 102 入院待機がある場合の入院順の決定方法（最も優先するもの）

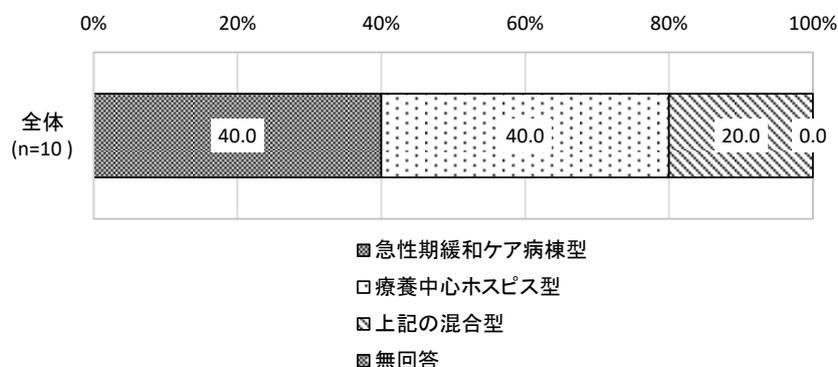


■ 病棟の地域での役割（問 26、27）

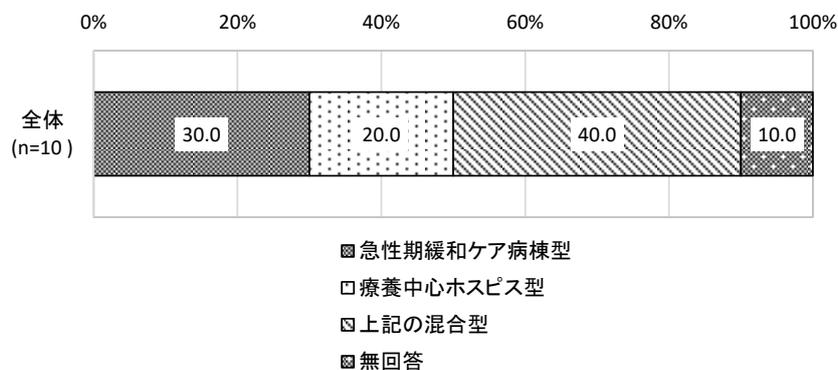
現在の病棟の地域での役割は、「急性期緩和ケア病棟型」と「療養中心ホスピス型」がそれぞれ40.0%であった。

今後目指す方向としては、「急性期緩和ケア病棟型と療養中心ホスピス型の混合型」が40.0%で最も高く、次いで「急性期緩和ケア病棟型」が30.0%であった。

図表 103 病棟の地域での役割



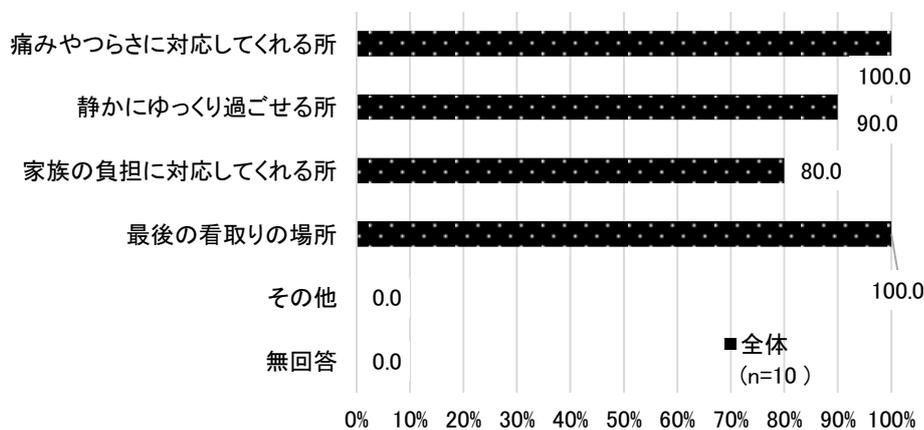
図表 104 病棟の地域での役割として今後目指す方向



■ 患者・家族の緩和ケアに対する期待（問 28）

患者・家族の緩和ケアに対する期待は、「痛みやつらさに対応してくれる所」と「最後の看取りの場所」がそれぞれ100%であった。

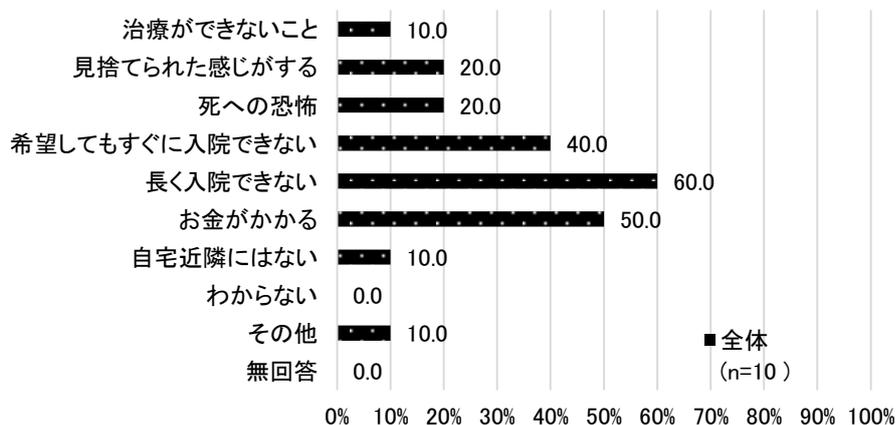
図表 105 患者・家族の緩和ケアに対する期待(複数回答)



■ 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点（問 29）

患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点は、「長く入院できない」が60.0%で最も高く、次いで「お金がかかる」が50.0%であった。

図表 106 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点(複数回答:2つまで)



※その他:「緩和外来受診待ちがある」との回答があった。

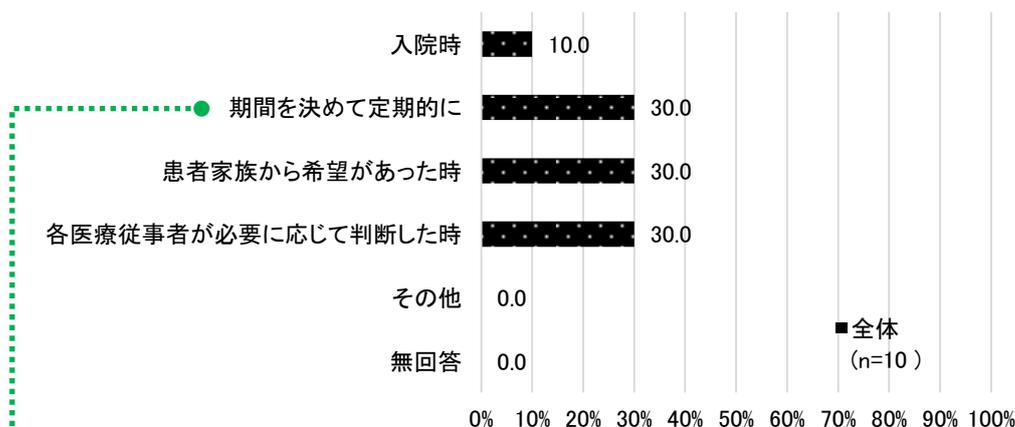
4) 地域連携・在宅緩和ケア

■ 転退院支援の開始時期（問 30、31）

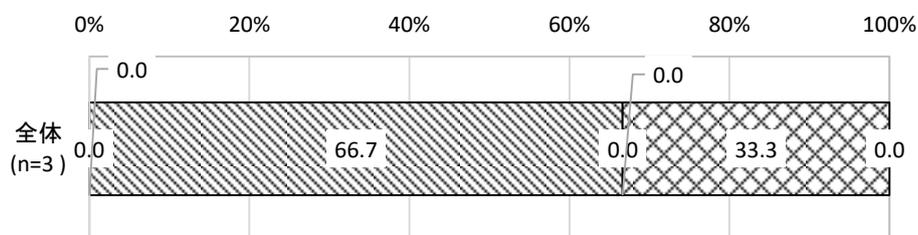
入院した患者の退院先を調整する等の転退院支援の開始時期は、「期間を決めて定期的に」「患者家族から希望があった時」「各医療従事者が必要に応じて判断した時」がそれぞれ 30.0%であった。

「期間を決めて定期的に」と回答した場合（n=3）の、具体的な内訳は、「4週間後」が2件であった。

図表 107 転退院支援の開始時期(複数回答:3つまで)



図表 108 「期間を決めて定期的に」の場合の内訳



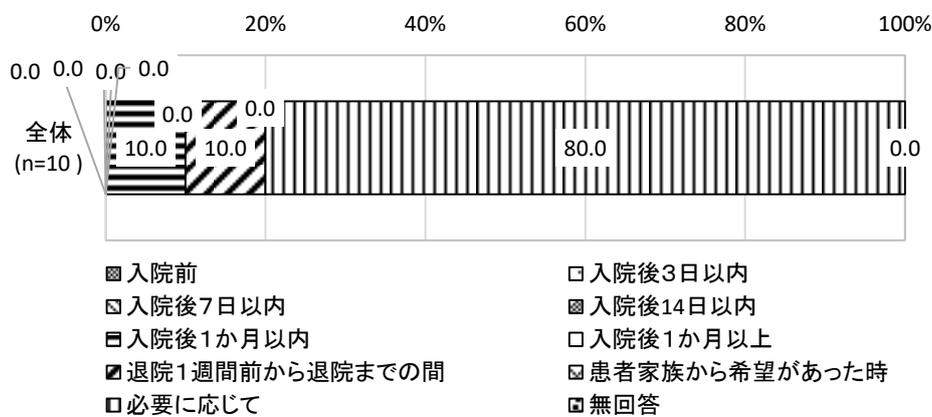
■ 1週間後 □ 2週間後 ▨ 4週間後 ▩ 8週間後 ▪ 12週間後 □ その他 □ 無回答

■ 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期（問 32、33）

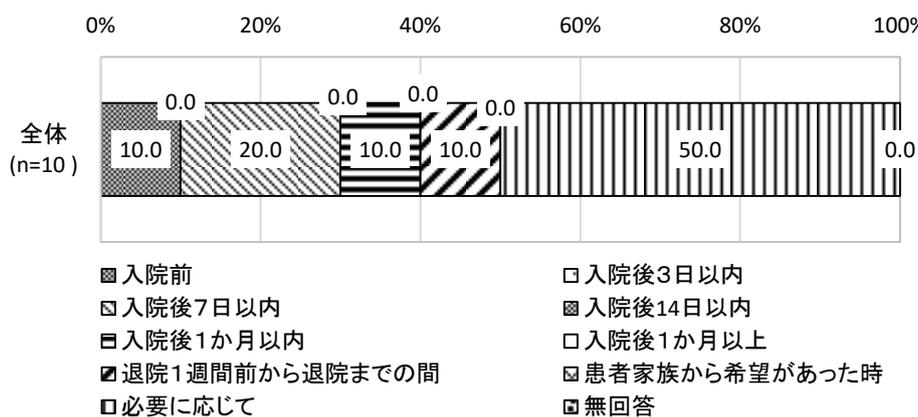
転退院を進める上で、受入先医療機関やかかりつけ医、介護事業者と情報共有のためのカンファレンスの開始時期は、「必要に応じて」が80.0%で最も高く、次いで「入院後1か月以内」と「退院1週間前から退院までの間」が10.0%であった。

望ましい開始時期は、「必要に応じて」が50.0%で最も高く、次いで「入院後7日以内」が20.0%であった。

図表 109 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期



図表 110 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの望ましい開始時期



■ 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因（問 33）

病院での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因は、「家族からの反対」と「本人の在宅療養に対する不安」がそれぞれ 90.0% で最も高かった。

図表 111 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因(複数回答)



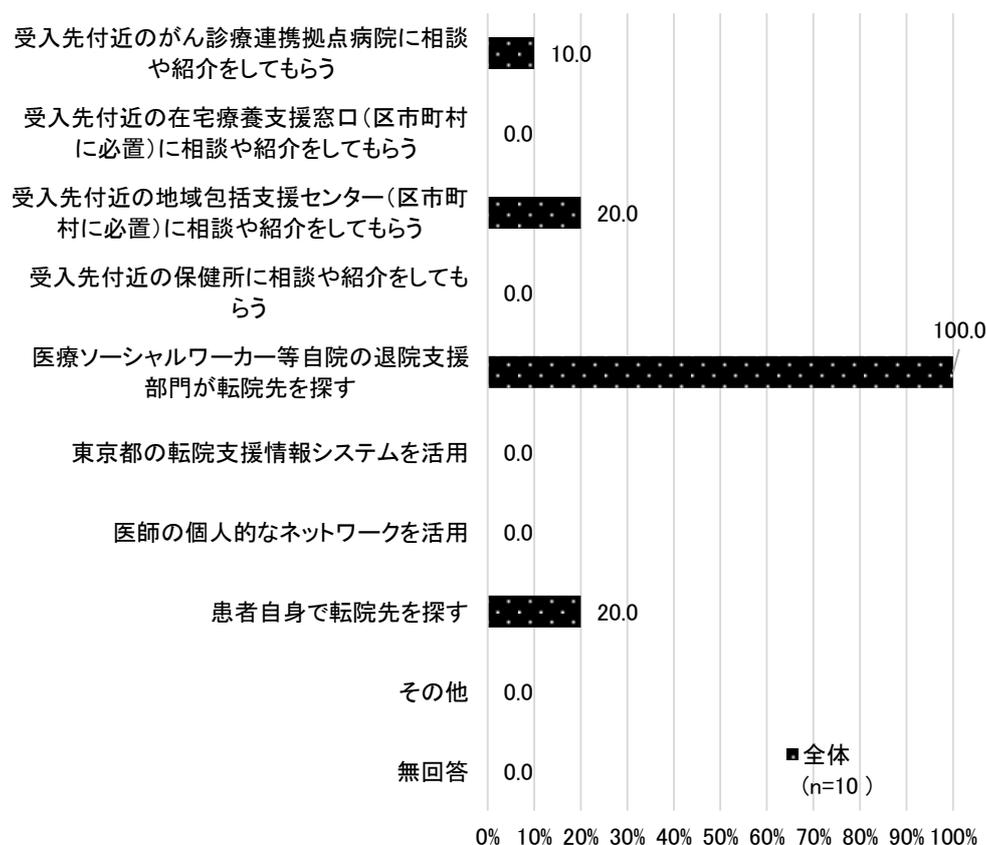
※その他：「移行を望まない家族」との回答があった。

■ 転退院先の決定方法（問 34、35）

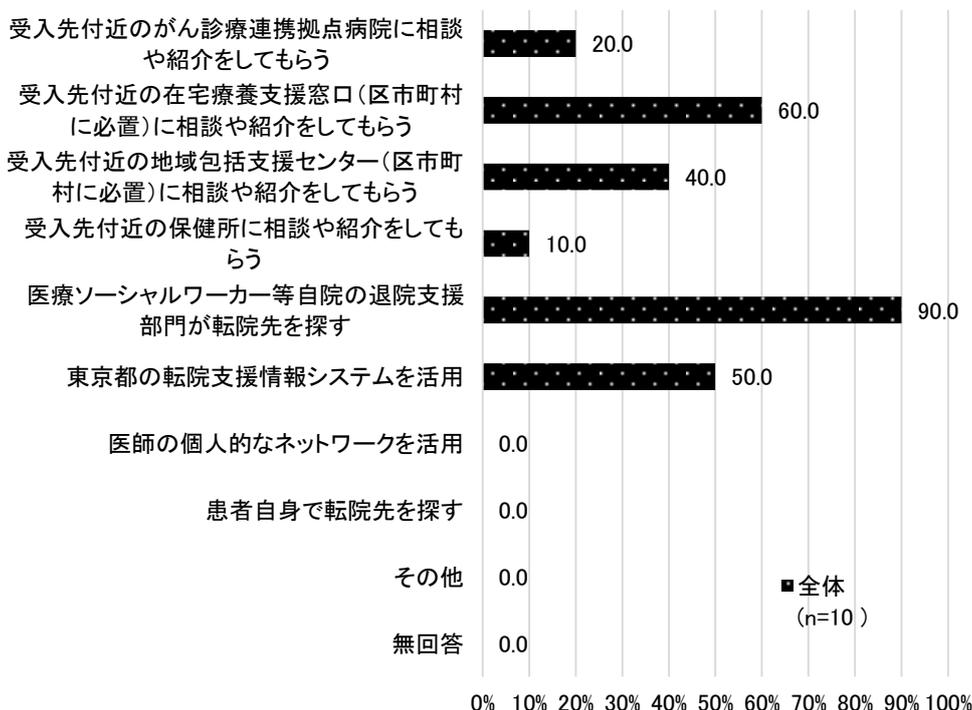
これまで転退院の実績のある医療機関へ転退院ができない場合の、転退院先の決定方法は、「医療ソーシャルワーカー等自院の退院支援部門が転院先を探す」が100%で最も高かった。

望ましい決定方法は、「医療ソーシャルワーカー等自院の退院支援部門が転院先を探す」が90.0%で最も高く、次いで「受入先付近の在宅療養支援窓口（区市町村に必置）に相談や紹介をしてもらう」が60.0%であった。

図表 112 転退院先の決定方法(複数回答)



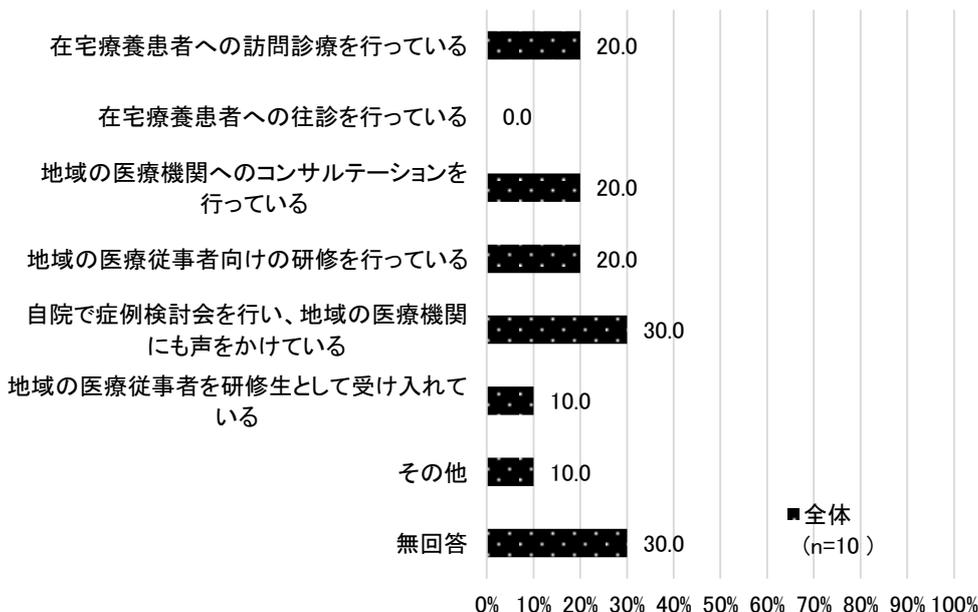
図表 113 転退院先の望ましい決定方法(複数回答)



■ 在宅療養患者・地域医療機関への支援体制(問 36)

在宅療養患者・地域医療機関への支援体制としては、「自院で症例検討会を行い、地域の医療機関にも声をかけている」が 30.0%で最も高かった。

図表 114 在宅療養患者・地域医療機関への支援体制(複数回答)



※その他：「特に要望のある場合のみ往診を行う」との回答があった。

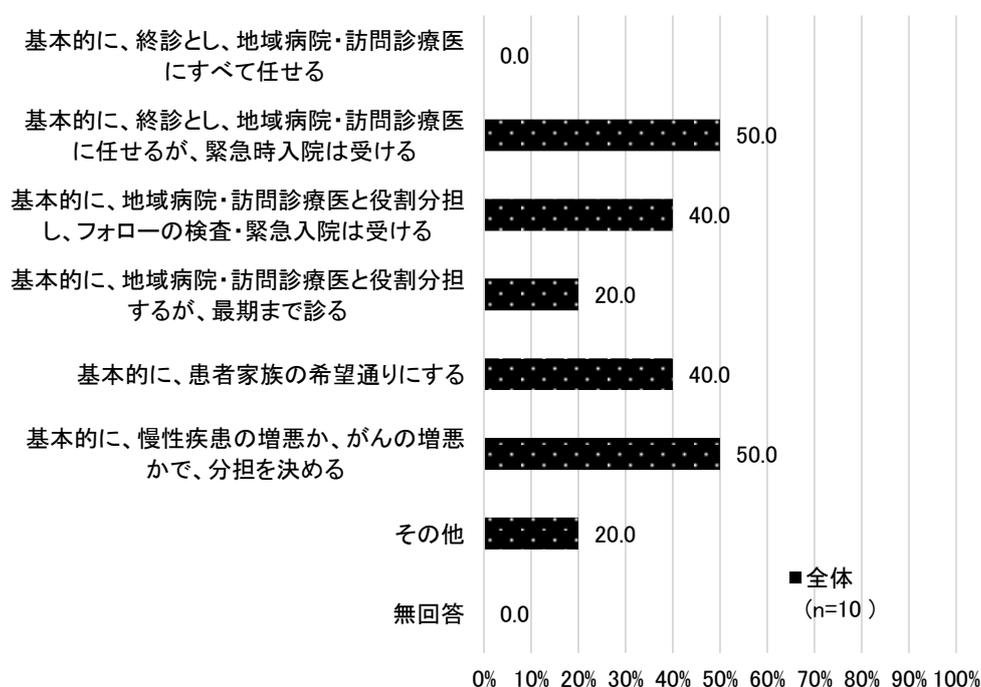
5) 高齢（75歳以上）のがん患者

調査では、慢性疾患を合併している後期高齢（75歳以上）のがん患者で、積極的抗がん治療を終了した、または、積極的抗がん治療を行わない方針の場合について尋ねた。

■ 薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応（入院必要時の対応）（問37）

薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応（入院必要時の対応）は、「基本的に、終診とし、地域病院・訪問診療医に任せるが、緊急時入院は受ける」と「基本的に、慢性疾患の増悪か、がんの増悪かで、分担を決める」がそれぞれ50.0%で最も高かった。

図表 115 薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応（入院必要時の対応）（複数回答）

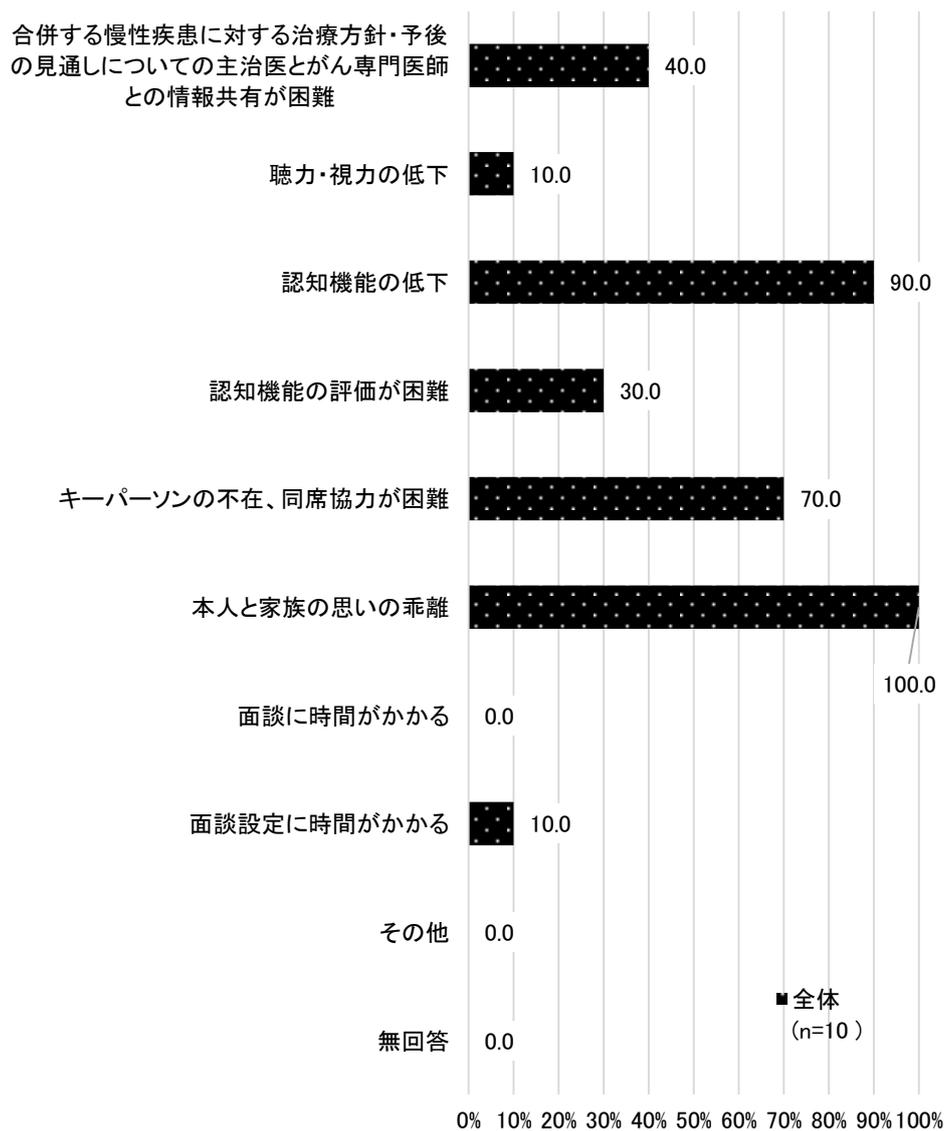


※その他：「希望なら近医に行ってもらおう」との回答があった。

■ 治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題（問38）

治療方針決定のための情報提供と意思決定支援について、特に、高齢者の患者で問題になったり、苦勞したりした内容としては、「本人と家族の思いの乖離」が100%で最も高く、次いで「認知機能の低下」が90.0%であった。

図表 116 治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題（複数回答）



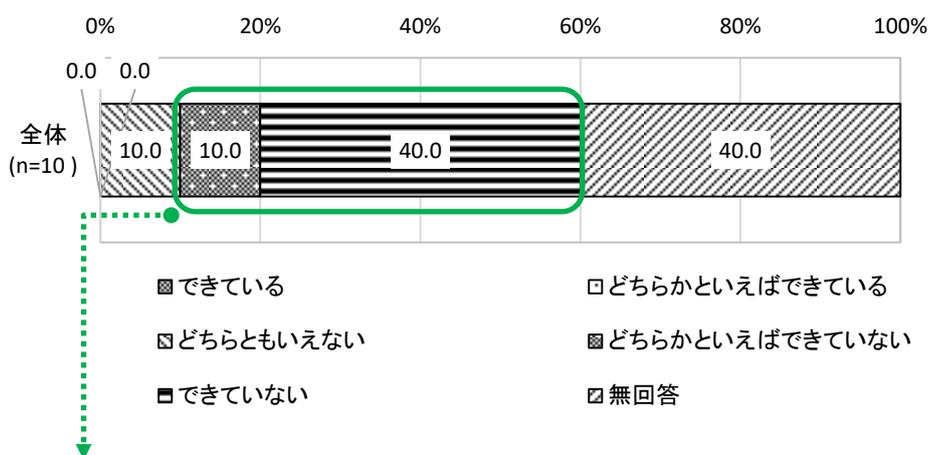
6) 小児・AYA世代のがん治療

■ 小児がん専門病院と地域施設との役割分担（問 39、40）

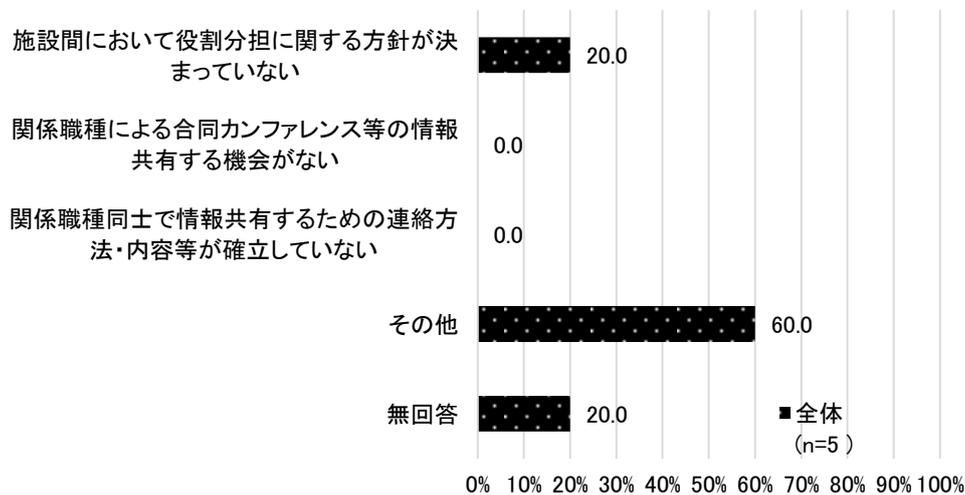
小児がん専門病院と地域施設で、抗がん治療やがん以外の疾病治療、緩和ケア等の役割分担ができているか否かに関しては、「できていない」が40.0%で最も高く、次いで「どちらともいえない」と「どちらかといえばできていない」がそれぞれ10.0%であった。

「どちらかといえばできていない」または「できていない」と回答した場合の理由は、「施設間において役割分担に関する方針が決まっていない」が20.0%であった。

図表 117 小児がん専門病院と地域施設との役割分担



図表 118 小児がん専門病院と地域施設との役割分担ができていない理由(複数回答)



※その他：「小児がんについては、専門とする医師がいない」との回答があった。

7) 人材育成

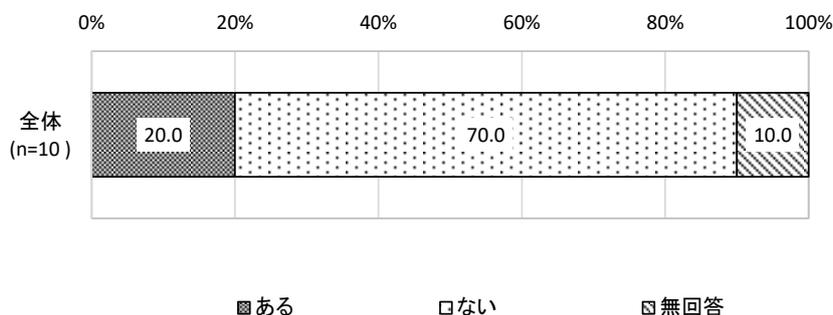
■ 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況（問41、42、43）

地域内における、がん患者の転退院を促進するために、他病院等と知識や技術の向上及び情報共有等を目的とした、一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況は、「ある」が20.0%、「ない」が70.0%であった。

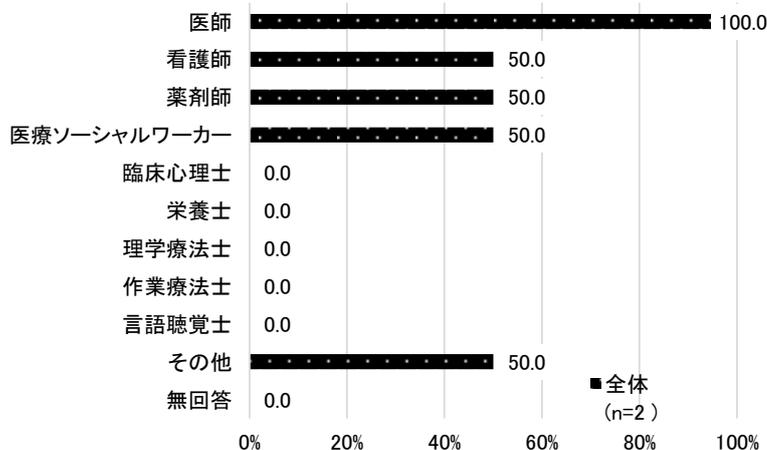
研修が「ある」場合（n=2）の参加職種は、「医師」が2件、「看護師」「薬剤師」「医療ソーシャルワーカー」がそれぞれ1件であった。

相互交流による研修の必要性に関しては、「必要だと思う」が80.0%であった。

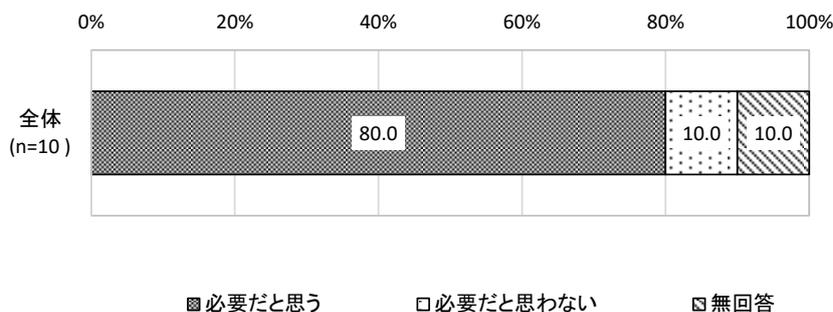
図表 119 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況



図表 120 参加職種（複数回答）



図表 121 相互交流による研修の必要性



■ 緩和ケアに関する知識・技術（を得る機会）の充足状況（問 44）

緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況についてみると、「充足している」の割合は、「（看護師のうち）緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師」が20.0%で最も高く、次いで「医師（身体症状緩和を担当する医師）」と「臨床心理士」がそれぞれ10.0%であった。

知識・技術の充足状況についてみると、「充足している」の割合は、「（看護師のうち）緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師」と「医師（身体症状緩和を担当する医師）」がそれぞれ30.0%で最も高かった。

図表 122 緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況(n=10)

	充足している	やや充足している	どちらともいえない	やや充足していない	充足していない	無回答
① 医師（がん治療に携わる医師）	0.0%	30.0%	40.0%	0.0%	10.0%	20.0%
② 医師（身体症状緩和を担当する医師）	10.0%	40.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
③ 医師（精神症状緩和を担当する医師）	0.0%	10.0%	80.0%	0.0%	0.0%	10.0%
④ 看護師	0.0%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑤ ④のうち、緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	20.0%	30.0%	40.0%	0.0%	0.0%	10.0%
⑥ 医療ソーシャルワーカー	0.0%	40.0%	40.0%	10.0%	0.0%	10.0%
⑦ 臨床心理士	10.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	40.0%
⑧ 薬剤師	0.0%	50.0%	40.0%	0.0%	0.0%	10.0%
⑨ 栄養士	0.0%	30.0%	60.0%	0.0%	0.0%	10.0%
⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	0.0%	20.0%	50.0%	10.0%	10.0%	10.0%
⑪ 介護士	0.0%	10.0%	50.0%	10.0%	0.0%	30.0%
⑫ その他の職種	10.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	80.0%

図表 123 緩和ケアに関する知識・技術の充足状況(n=10)

	充足している	やや充足している	どちらともいえない	やや充足していない	充足していない	無回答
① 医師（がん治療に携わる医師）	20.0%	10.0%	20.0%	10.0%	0.0%	40.0%
② 医師（身体症状緩和を担当する医師）	30.0%	30.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%
③ 医師（精神症状緩和を担当する医師）	10.0%	10.0%	40.0%	10.0%	0.0%	30.0%
④ 看護師	0.0%	50.0%	20.0%	0.0%	0.0%	30.0%
⑤ ④のうち、緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	30.0%	30.0%	10.0%	0.0%	0.0%	30.0%
⑥ 医療ソーシャルワーカー	0.0%	40.0%	40.0%	0.0%	0.0%	20.0%
⑦ 臨床心理士	10.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	50.0%
⑧ 薬剤師	0.0%	50.0%	30.0%	0.0%	0.0%	20.0%
⑨ 栄養士	0.0%	30.0%	50.0%	0.0%	0.0%	20.0%
⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	0.0%	10.0%	40.0%	10.0%	10.0%	30.0%
⑪ 介護士	0.0%	0.0%	50.0%	10.0%	0.0%	40.0%
⑫ その他の職種	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	80.0%

■ 2017年度の地域緩和ケア連携調整員研修の受講者数（問 45、46）

2017年度の地域緩和ケア連携調整員研修の受講者数（ベーシックコース、アドバンスコース合わせて）は有効回答（n=7）のうちいずれも0人であった。

8) 緩和ケアの提供において困っていること、対応が必要なこと

緩和ケアの提供において困っていること、対応が必要なこととして、次の意見があった。

<緩和ケアへの提供体制>

- ・ 一般病棟でも緩和ケアを必要とする患者を受け入れていく体制作り。

以上

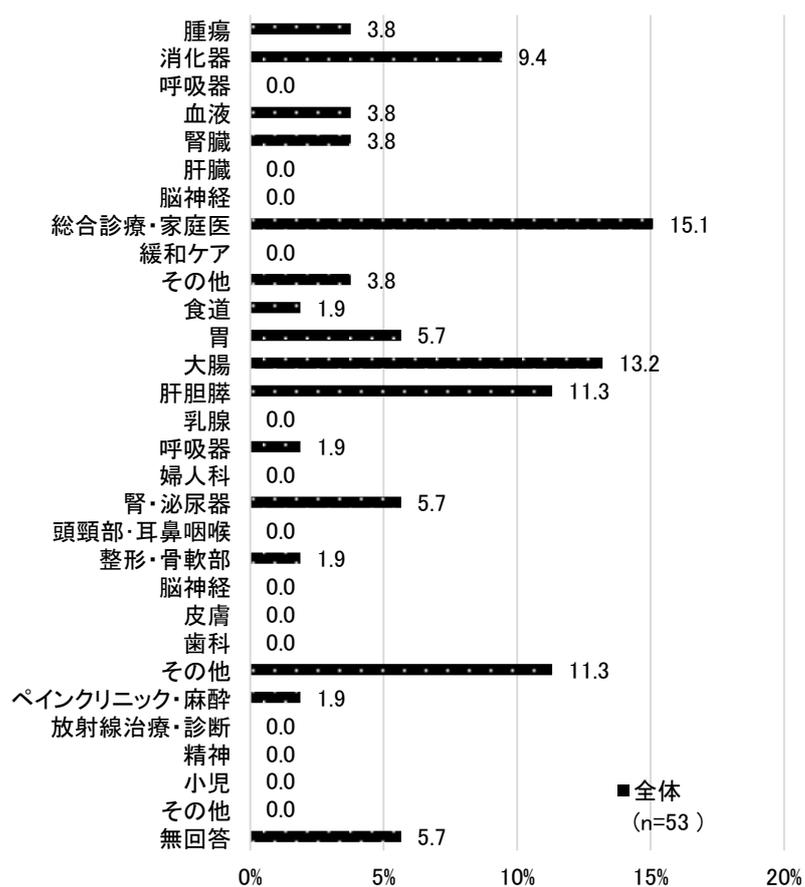
5. 緩和ケアに対応している病院のがん診療責任者調査

1) 回答者属性

■ 専門分野（問1）

回答者の専門は、「総合診療・家庭医」が15.1%で最も高く、次いで「大腸」が13.2%であった。

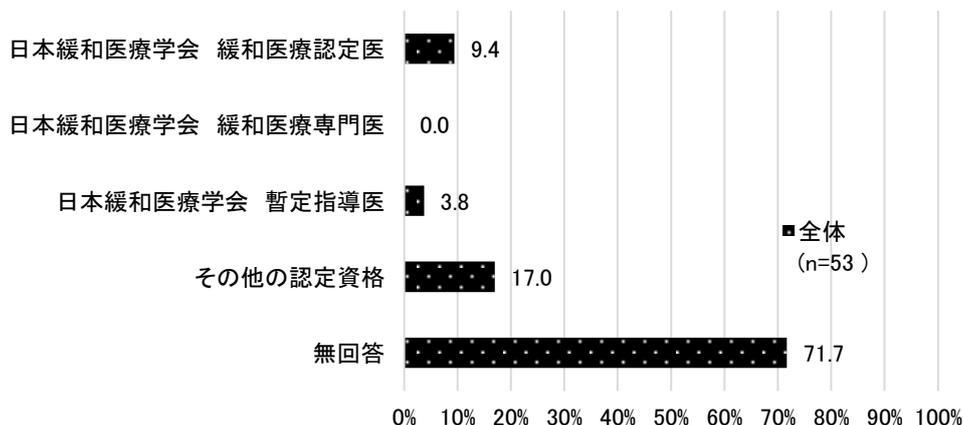
図表 124 専門分野



■ 保有する資格（問2）

緩和ケアについて保有する資格は、「緩和医療認定医」が9.4%で最も高く、次いで「暫定指導医」が3.8%であった。

図表 125 保有する資格(複数回答)

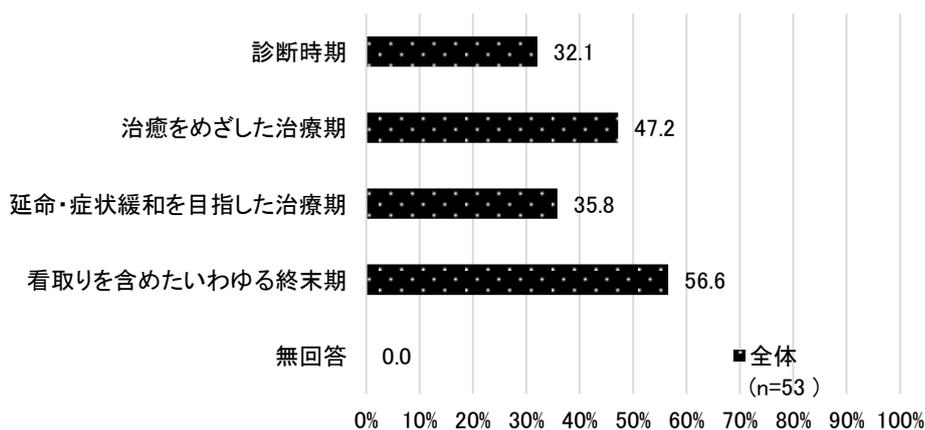


※その他：「がん治療認定医」「日本外科学会指導医」「消化器専門医」「緩和ケア研修会修了」等の回答があった。

■ 診療する患者の主な状況（問3）

診療する患者の主な状況は、「看取りを含めたいいわゆる終末期」が56.6%で最も高く、次いで「治療をめざした治療期」が47.2%であった。

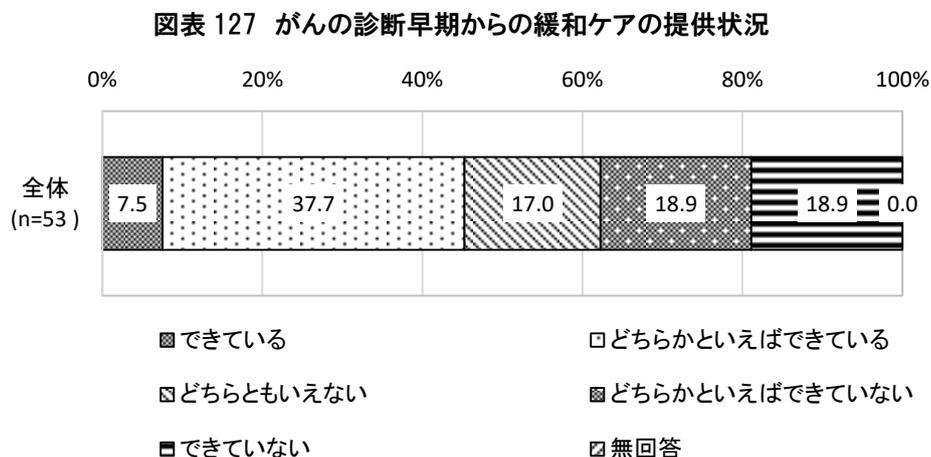
図表 126 診療する患者の主な状況(複数回答:2つまで)



2) 緩和ケアの提供体制

■ がんの診断早期からの緩和ケアの提供状況（問4）

回答者の病院において、全体的に、がんの診断早期から緩和ケアを必要な人に提供できているかどうかに関しては、「できている」が7.5%、「どちらかといえばできている」が37.7%であった。

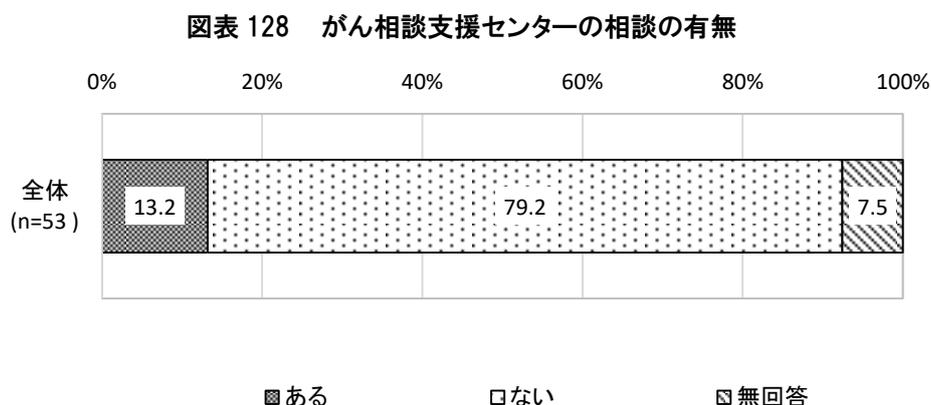


3) 地域連携・在宅緩和ケア

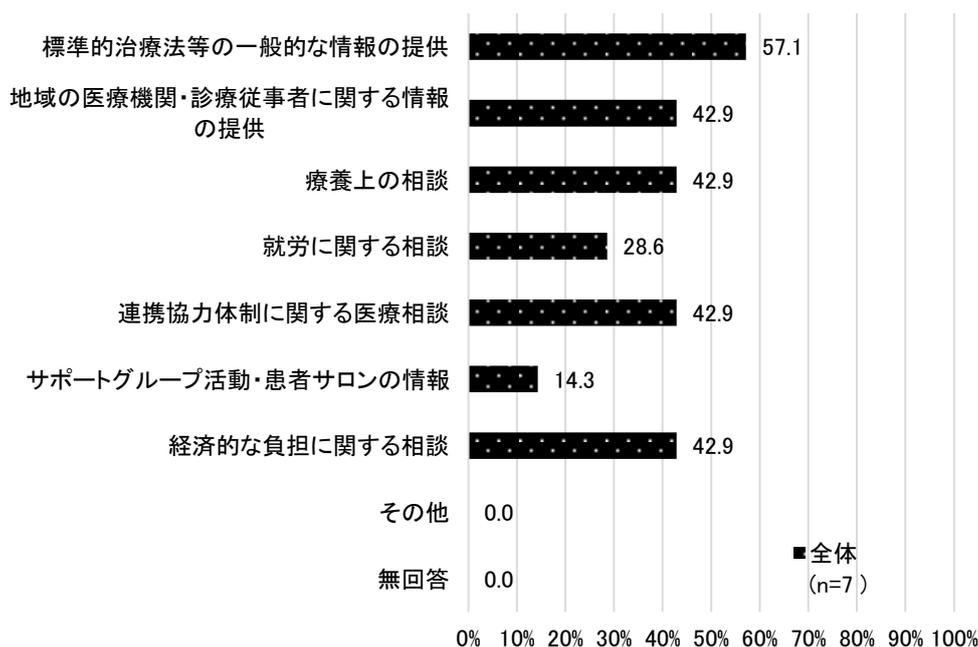
■ がん相談支援センターの紹介の有無（問5）

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターを紹介したことがあるかどうかに関しては、「ある」が13.2%であった。

がん相談支援センターを紹介したことが「ある」場合の、相談内容としては、「標準的治療法等の一般的な情報の提供」が57.1%で最も高く、次いで「地域の医療機関・診療従事者に関する情報の提供」と「療養上の相談」「連携協力体制に関する医療相談」「経済的な負担に関する相談」が42.9%であった。



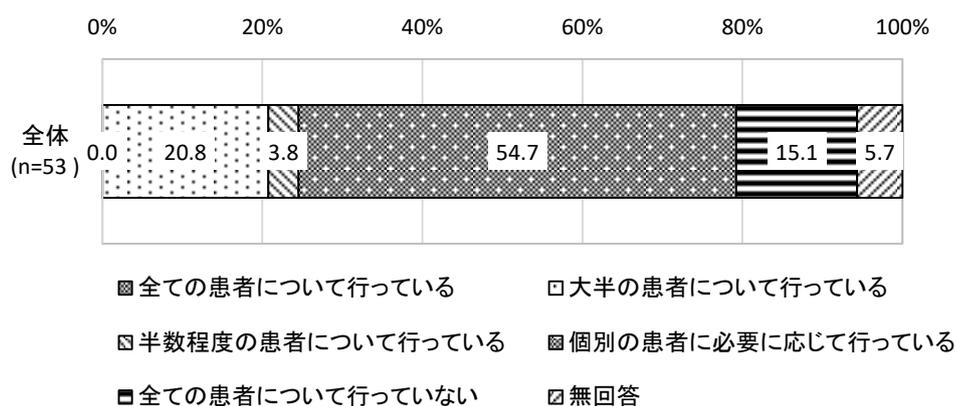
図表 129 相談内容(複数回答)



■ 診療所や訪問看護ステーションとの対面での退院時カンファレンスの実施状況 (問6)

病院での治療後、円滑に転院や在宅医療に移行するため、退院時のカンファレンスについて、在宅医療を実施している診療所や訪問看護ステーションと対面で行っているかどうかについては、「個別の患者に必要なに応じて行っている」が 54.7%で最も高く、次いで「大半の患者について行っている」が 20.8%であった。

図表 130 診療所や訪問看護ステーションとの対面での退院時カンファレンスの実施状況



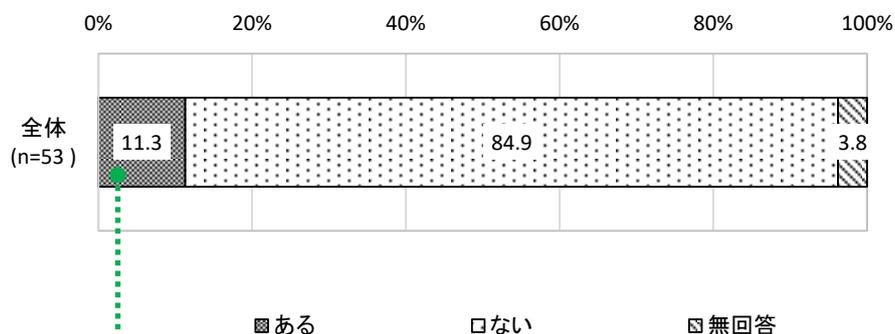
■ 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況（問8、9、10）

地域内における、がん患者の転退院を促進するために、他病院等と知識や技術の向上及び情報共有等を目的とした、一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況は、「ある」が11.3%、「ない」が84.9%であった。

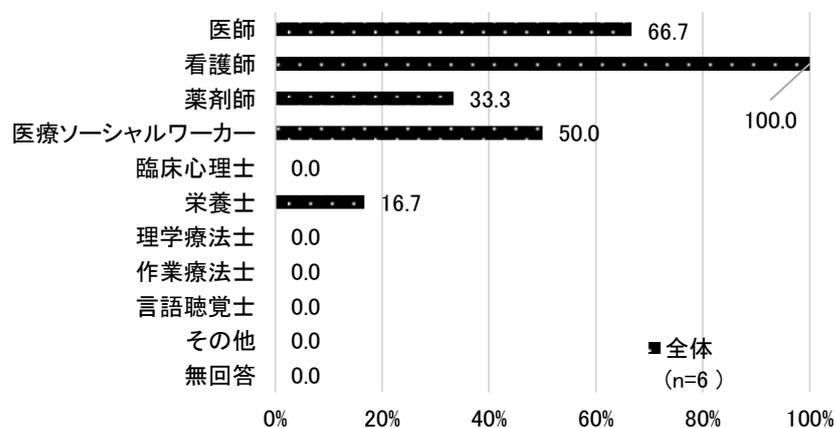
研修が「ある」場合（n=6）の参加職種は、「看護師」が100%で最も高く、次いで「医師」が66.7%であった。

相互交流による研修の必要性に関しては、「必要だと思う」が79.2%であった。

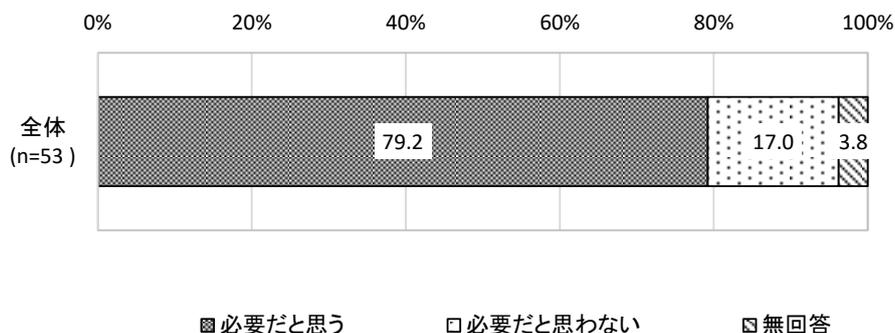
図表 131 他病院等との一定期間(およそ1週間以上)相互交流による研修の実施状況



図表 132 参加職種(複数回答)



図表 133 相互交流による研修の必要性



4) 緩和ケアの提供において困っていること、対応が必要なこと

緩和ケアの提供において困っていること、対応が必要なこととして、次の意見があった。

<緩和ケアへの提供体制>

- ・ 緩和ケアを行いながらがんの治療も行うべき。治療を希望する人達が緩和ケア病棟へ入れないのはおかしい。他施設と共有はできませんか？
- ・ 緩和ケアチームをつくりたいのですが、精神科の先生が院内にいないで困っています。

<患者・家族支援>

- ・ 「がん細胞を減らす治療ができなくなったから、緩和ケアに移行する」という考え方を持っている医療者・患者は多く、啓発活動をもっと行う必要がある。

<緩和ケアに関する理解・普及啓発>

- ・ 地域の病病連携、病診連携および区民への緩和ケアに関する情報提供などはまだ十分とは言えない状況です。私的にはアウトリーチ活動を広げるべく努力しております。

<人材育成>

- ・ 相互交流は必要と考えるが、一週間以上は必要ないと考えます。

<緩和ケアに対応するために必要な情報等>

- ・ 在宅医療を実施して下さる医師が、どの地域にどの程度いらっしゃるかの情報があると助かります。

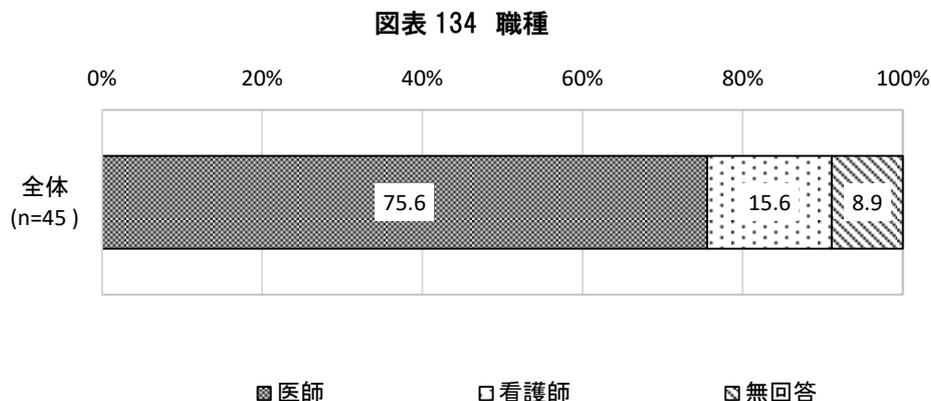
以上

6. 緩和ケアに対応している病院の緩和ケア診療に携わる責任者調査

1) 回答者属性

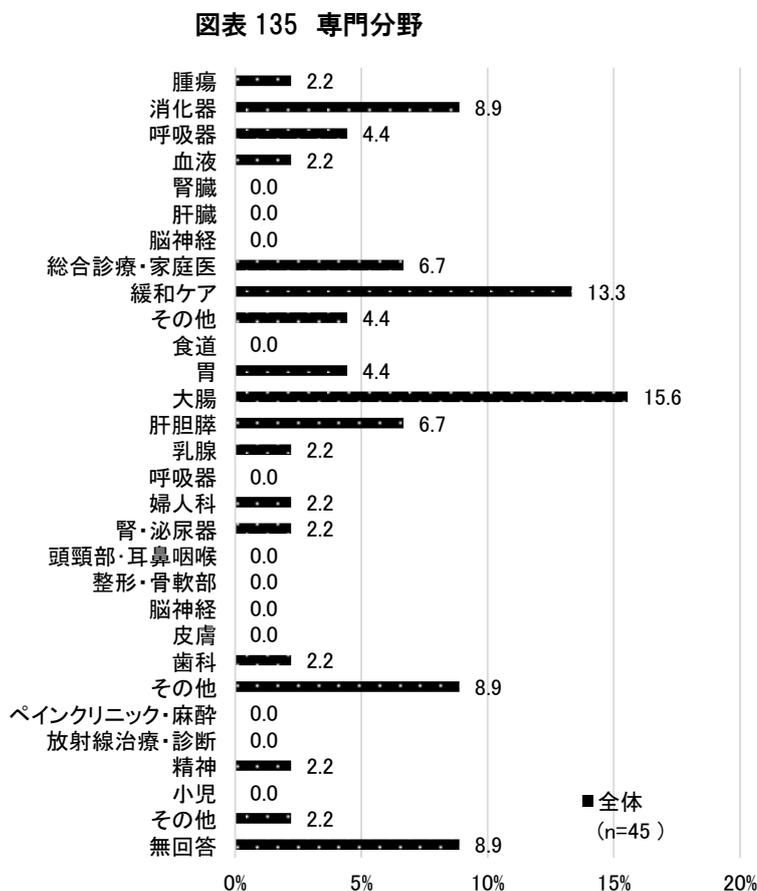
■ 職種（問1）

回答者の職種は、「医師」が75.6%、「看護師」が15.6%であった。



■ 専門分野（問2）

専門は、「大腸」が15.6%で最も高く、次いで「緩和ケア」が13.3%であった。

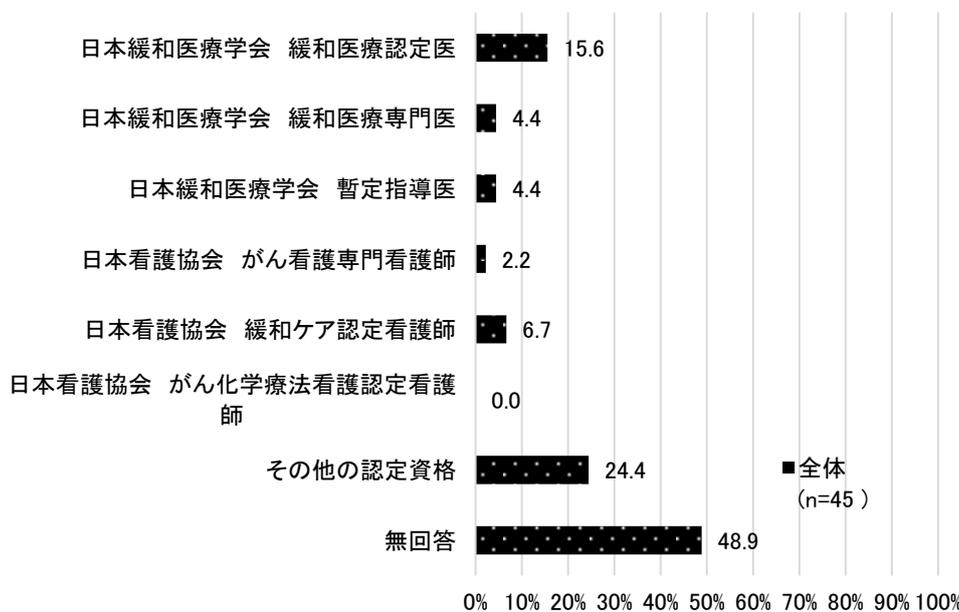


※その他：「糖尿病」「一般外科」等の回答があった。

■ 保有する資格（問3）

緩和ケアについて保有する資格は、「緩和医療認定医」が15.6%で最も高く、次いで「緩和ケア認定看護師」が6.7%であった。

図表 136 保有する資格(複数回答)

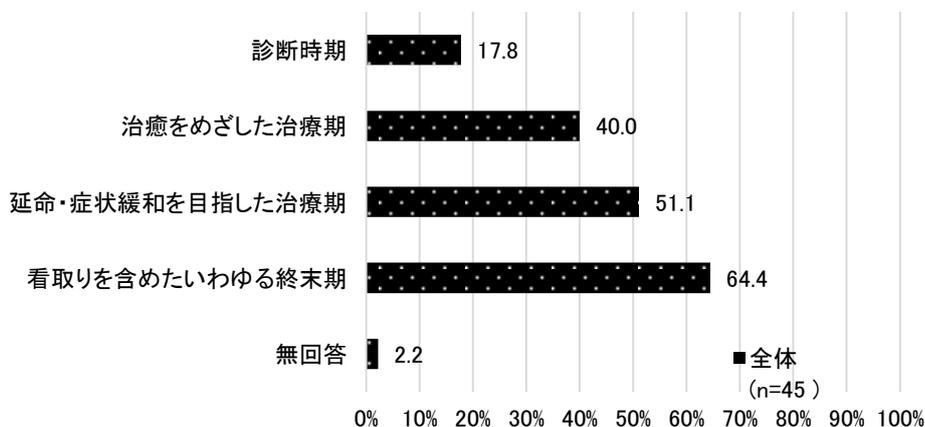


※その他：「緩和薬物療法認定薬剤師」「日本臨床倫理学会 臨床倫理アドバイザー」「日本産婦人科学会専門医」「日本看護協会 がん性疼痛看護認定看護師」「日本外科学会指導医」「緩和ケア研修会修了」等の回答があった。

■ 診療する患者の主な状況（問4）

診療する患者の主な状況は、「看取りを含めたいわゆる終末期」が64.4%で最も高く、次いで「延命・症状緩和を目指した治療期」が51.1%であった。

図表 137 診療する患者の主な状況（複数回答：2つまで）



2) 緩和ケアの提供体制

■ 緩和ケア外来の有無、実施状況、対象患者（問5、6、7）

緩和ケア外来の有無は、「ある」が11.1%であった。

緩和ケア外来が「ある」場合の実施状況は、すべて「予約限定で実施」であった。

1週間当たり実施回数は平均1.2回であった。

緩和ケア外来の対象患者は、「院内からの紹介患者」と「他院からの紹介患者」が60.0%であった。

図表 138 緩和ケア外来の有無

