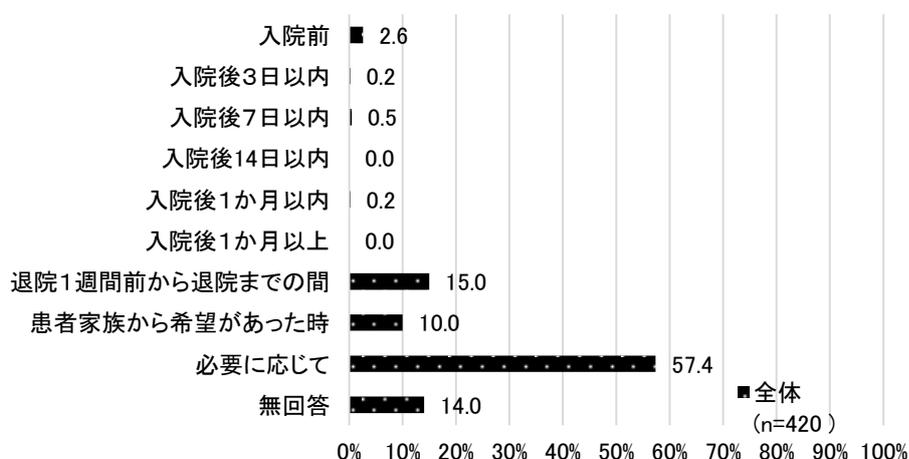


■ 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期（問 10、11）

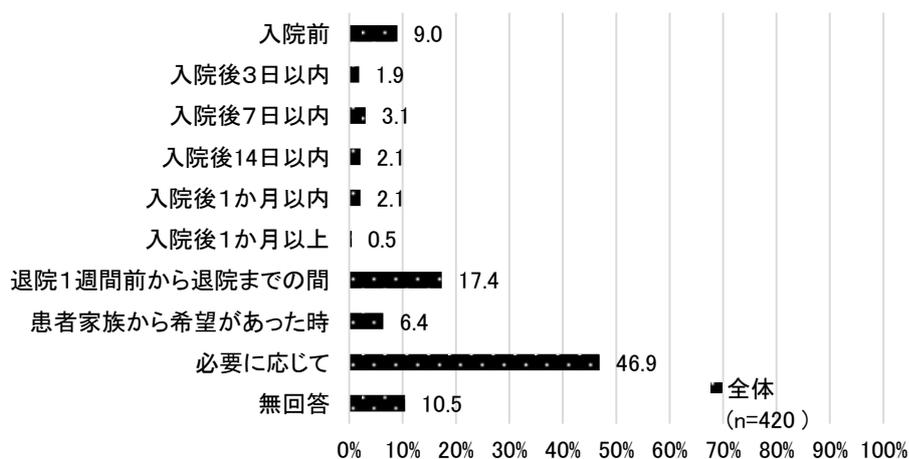
転退院を進める上で、受入先医療機関やかかりつけ医、介護事業者と情報共有のためのカンファレンスの開始時期は、「必要に応じて」が 57.4%で最も高く、次いで「退院1週間前から退院までの間」が 15.0%であった。

望ましい開始時期は、「必要に応じて」が 46.9%で最も高く、次いで「退院1週間前から退院までの間」が 17.4%であった。

図表 175 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 176 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 12）

がん診療連携拠点病院等での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因は、「本人の在宅療養に対する不安」が70.2%で最も高く、次いで「患者のかかりつけ医等地域のスタッフとカンファレンスを十分に実施できていない」が42.4%、「患者の急変時の対応が明確でない」が40.7%であった。

図表 177 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：次のような回答があった。

- ・送り側のインフォームド・コンセントが充分でないことがある。
- ・医師一人で受け入れられる患者数に限りがある。
- ・一部の医療機関のみへの紹介。
- ・経済的負担の大きさ。
- ・入院等の設備なく、看取り同意書にて対処。
- ・家で亡くなることに多くのハードルが存在するという担い手側の意識。
- ・本人・家族に余命を告知していない(送り側)。
- ・患者は病院の方が好き。家族も病院の方が好き。患者家族の在宅に対する理解が低い。
- ・患者さんの不安への対応が不十分。
- ・家族側マンパワーの不足。 等

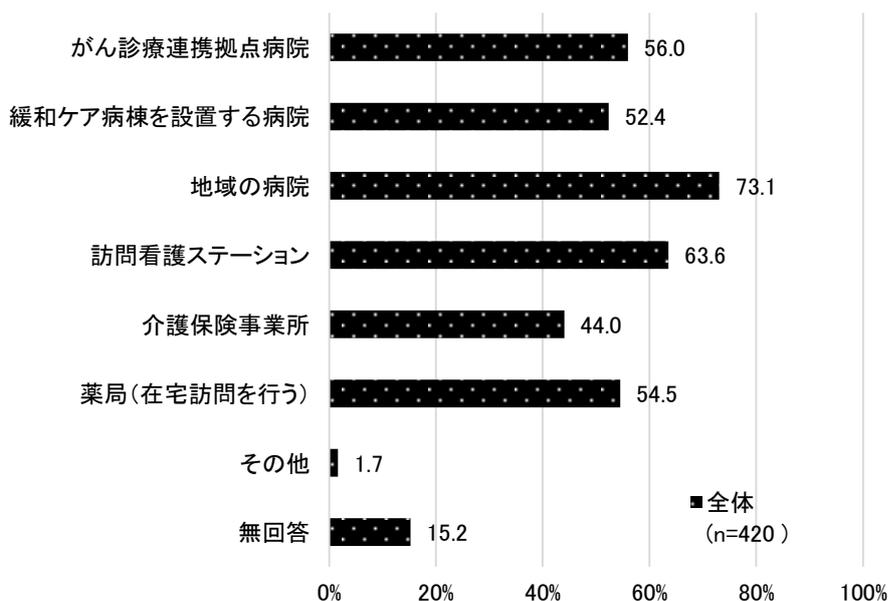
■ **がん診療連携拠点病院から転院してくる患者の割合（問 13）**

がん診療連携拠点病院から転院してくる患者の割合は、平均 2.0 割であった。

■ **日頃から地域連携している病院等（問 14）**

日頃から地域連携している病院等は、「地域の病院」が 73.1%で最も高く、次いで「訪問看護ステーション」が 63.6%であった。

図表 178 日頃から地域連携している病院等(複数回答)



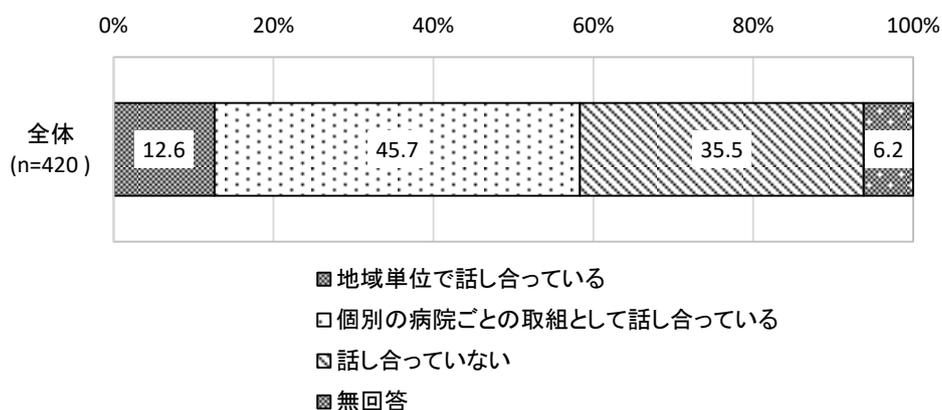
図表 179 日頃から連携している病院等の施設数

種類	所在区市町村				それ以外			
	回答数	最小値	最大値	平均	回答数	最小値	最大値	平均
がん診療連携拠点病院	191	0	7	1.8	131	0	20	3.0
緩和ケア病棟を設置する病院	178	0	6	1.4	110	0	6	2.1
地域の病院	275	0	20	3.1	118	0	32	4.0
訪問看護ステーション	250	0	30	4.7	100	0	110	5.4
介護保険事業所	170	0	100	9.0	73	0	80	8.9
薬局(在宅訪問を行う)	210	0	40	3.3	86	0	100	4.7
その他	6	0	3	0.5	1	0	-	0

■ 急変時の対応に関する事前の話し合いの有無（問 15）

地域内において、急変時の対応は事前に話し合われているかどうかに関しては、「個別の病院ごとの取組として話し合っている」が45.7%で最も高く、次いで「話し合っていない」が35.5%であった。

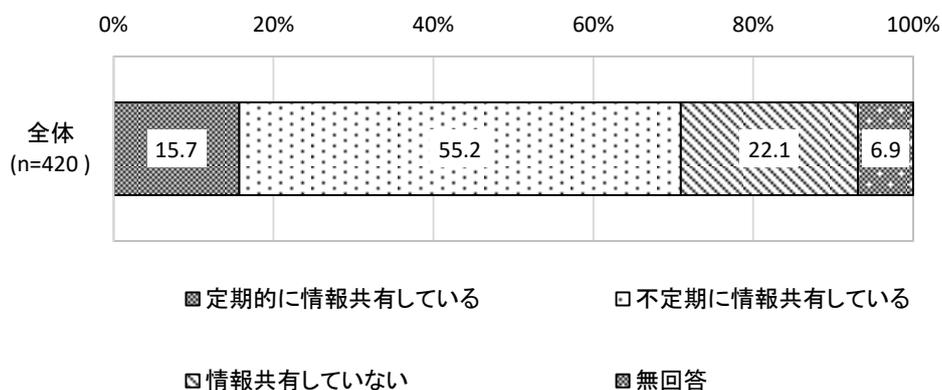
図表 180 急変時の対応に関する事前の話し合いの有無



■ 搬送する・される病院との日頃からの情報共有の状況（問 16）

搬送する・される病院との日頃から情報共有は、「不定期に情報共有している」が55.2%で最も高く、次いで「情報共有していない」が22.1%であった。

図表 181 搬送する・される病院との日頃からの情報共有の状況



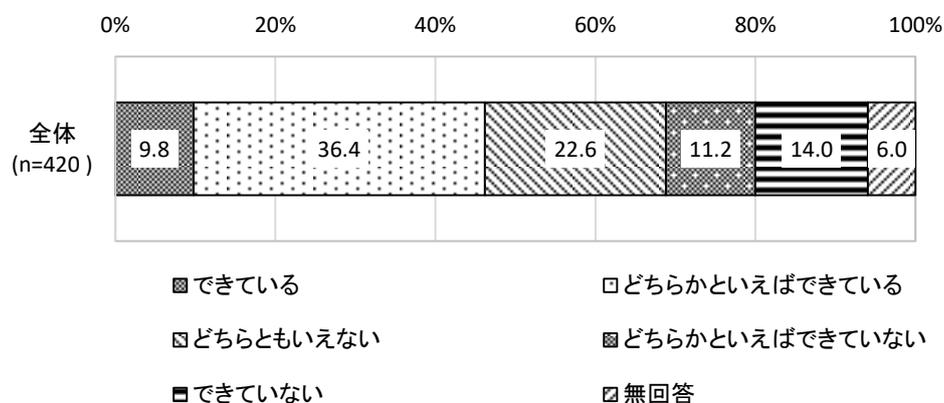
4) 高齢（75歳以上）のがん患者

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。

■ がん専門病院と地域医療機関・施設の医師の役割分担（問17）

医療の役割分担（フォロー検査、処方、急変時対応など）が、がん専門病院と地域医療機関・施設でできているか否かに関しては、「できている」が9.8%、「どちらかといえばできている」が36.4%であった。

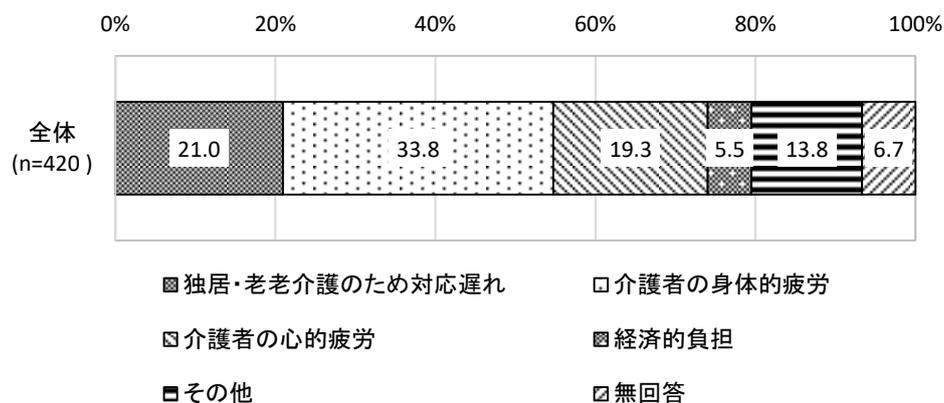
図表 182 がん専門病院と地域医療機関・施設の医師の役割分担



■ 在宅療養において最も多く見られる問題点（問18）

在宅療養において最も多く見られる問題点は、「介護者の身体的疲労」が33.8%で最も高く、次いで「独居・老老介護のため対応遅れ」が21.0%であった。

図表 183 在宅療養において最も多く見られる問題点



※その他：「方針が決まっていない」「説明不足と在宅の環境を理解できていないこと」「医療施設の連携不十分」「家で看取りすることは自然でなく、病院での看取りが普通だとする意識」「病院医師の在宅医療の理解不足」「介護者の理解、認識不足」「独居、老々介護の為在宅が不可能」等の回答があった。

5) 人材育成

■ 緩和ケア研修会（PEACE）の受講者数（問 19）

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（PEACE）受講対象医師数は平均 1.7 人であり、うち、受講済みの医師数は平均 0.9 人であった。

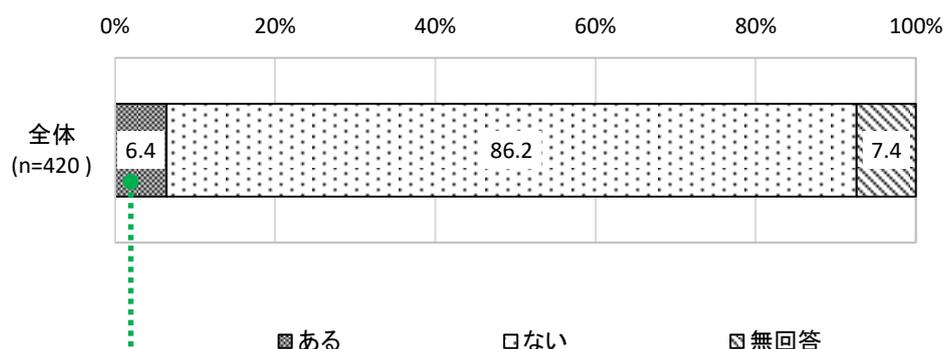
■ 他病院等との一定期間（およそ 1 週間以上）相互交流による研修の実施状況（問 20、21、22）

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 6.4%、「ない」が 86.2%であった。

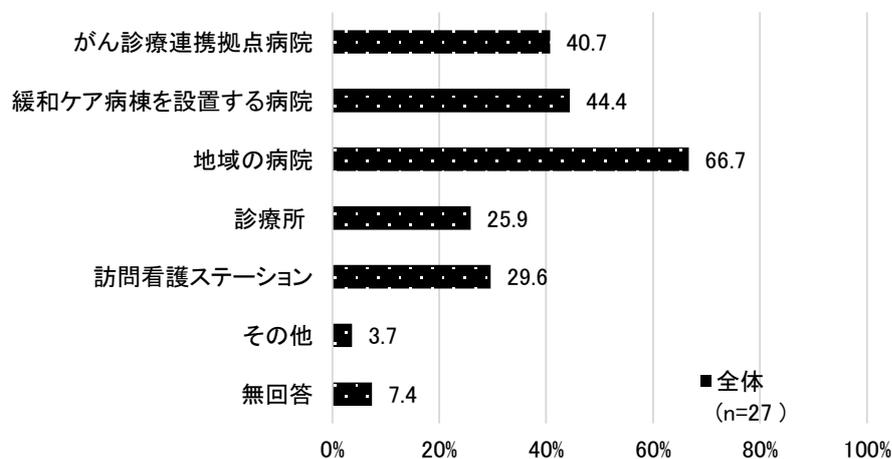
研修が「ある」場合の、一緒に実施している病院等は、「地域の病院」が 66.7%で最も高く、次いで「緩和ケア病棟を設置する病院」が 44.4%であった。

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 75.5%であった。

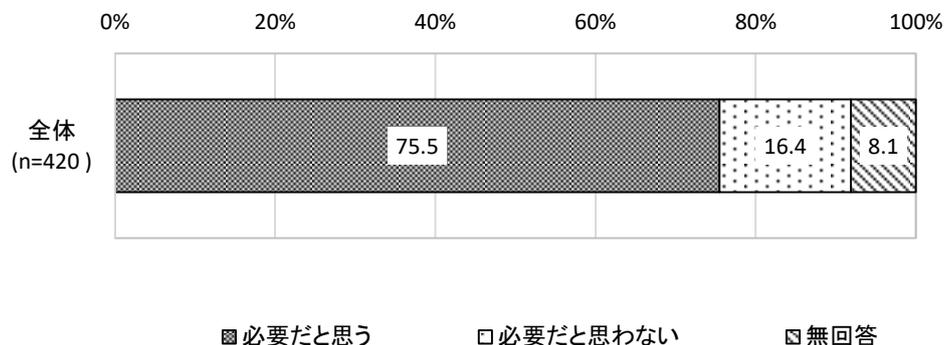
図表 184 他病院等との一定期間（およそ 1 週間以上）相互交流による研修の実施状況



図表 185 参加病院等（複数回答）



図表 186 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 23）

緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況をみると、「充足している」の割合は、「医師（がん治療に携わる医師）」が 9.8%で最も高く、次いで「医師（身体症状緩和を担当する医師）」が 9.0%であった。

緩和ケアに関する知識・技術の充足状況をみると、「充足している」の割合は、「医師（がん治療に携わる医師）」が 10.0%で最も高く、次いで「医師（身体症状緩和を担当する医師）」が 8.1%であった。

図表 187 緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況(n=420)

	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）	9.8%	16.2%	27.9%	13.8%	15.0%	17.4%
② 医師（身体症状緩和を担当する医師）	9.0%	17.6%	27.1%	15.7%	13.6%	16.9%
③ 医師（精神症状緩和を担当する医師）	5.7%	9.0%	27.4%	17.1%	19.3%	21.4%
④ 看護師	4.5%	11.9%	29.3%	11.9%	15.7%	26.7%
⑤ ④のうち、緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	3.1%	5.5%	16.9%	8.8%	20.7%	45.0%
⑥ 医療ソーシャルワーカー	1.7%	5.0%	21.4%	8.8%	19.5%	43.6%
⑦ 臨床心理士	1.7%	1.4%	19.3%	8.3%	20.7%	48.6%
⑧ 薬剤師	2.1%	2.9%	22.4%	9.3%	16.9%	46.4%
⑨ 栄養士	1.7%	2.1%	18.1%	11.0%	21.0%	46.2%
⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	2.4%	3.6%	18.6%	11.0%	18.8%	45.7%
⑪ 介護士	1.9%	1.9%	16.7%	9.3%	23.6%	46.7%
⑫ その他の職種	0.5%	0.2%	9.3%	2.1%	11.2%	76.7%

※その他：「事務」「医療クラーク」「診療助手」等の回答があった。

図表 188 緩和ケアに関する知識・技術の充足状況(n=420)

	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）	10.0%	19.0%	27.6%	10.7%	11.4%	21.2%
② 医師（身体症状緩和を担当する医師）	8.1%	22.4%	25.7%	11.9%	11.2%	20.7%
③ 医師（精神症状緩和を担当する医師）	5.0%	15.5%	26.7%	13.6%	14.3%	25.0%
④ 看護師	5.0%	14.3%	26.9%	9.0%	14.8%	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	3.6%	7.9%	16.9%	6.4%	18.8%	46.4%
⑥ 医療ソーシャルワーカー	2.1%	5.5%	21.9%	7.6%	17.6%	45.2%
⑦ 臨床心理士	1.7%	3.1%	20.0%	6.7%	18.6%	50.0%
⑧ 薬剤師	1.7%	4.3%	23.3%	6.7%	16.0%	48.1%
⑨ 栄養士	1.4%	3.1%	20.5%	8.1%	19.0%	47.9%
⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	1.9%	4.8%	21.0%	7.1%	17.9%	47.4%
⑪ 介護士	1.4%	3.1%	19.3%	6.9%	21.0%	48.3%
⑫ その他の職種	0.5%	1.2%	9.8%	1.7%	10.0%	76.9%

※その他：「事務」「医療クラーク」「診療助手」等の回答があった。

6) 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>

- ・ 近くにあるのが大学病院なので地域連携ができない。地域包括もポイントにならない仕事をしない。
- ・ 緩和ケア病床になかなかタイムリーに入れられないことが多いです。
- ・ 病床が少ない。待つことが多い。
- ・ 開業医一人で24時間365日の対応は困難です。
- ・ 老老介護で、介護者が身体的にも精神的にも疲労している。短期間入院できるような病院が必要。
- ・ 在宅が生活する場でなく、療養の場となってしまうこと。これは私達、医療・介護者の側の問題。また病院において入院中も入浴や退院時処方など対応を検討しながら協力して在宅を行っていきたくと考えている。
- ・ 在宅の受入は可能だが、病院からの紹介は少ない（認知不足、アピール不足もあり）。在宅に戻すタイミングが遅いと思われる（帰宅日、又は前日に死亡することが多々あり）。
- ・ 日曜日の対応が不十分。
- ・ ホスピスのコストが高い。入院日数が短い。
- ・ 緩和ケアに用いる薬剤（麻薬）を即日提供できない場合が多い（2～3日あれば何とかなるが）。休日、連休前は特に困ることがある。
- ・ 病院の主治医による病状説明がゆきとどいていないケースがまれにあること（ex.通院で化学療法を行っている方など）。
- ・ 緩和ケアの提供体制が不詳。今後は大いに必要で、提供体制の更なる推進と充実を望みます。

<緩和ケアに対する理解>

- ・ 病院退院時、通院時など、見放されたと感じて在宅での緩和ケアに入られる方が多い。若い外科の医師の対応が悪い印象がある。悪性疾患と診断された時点から緩和医療が始まることを教育して広めてほしい。
- ・ がんを治療している病院の医師の在宅に関する知識・認識の不足・無関心。在宅に戻すタイミングの遅れ。その結果、準備不足のまま看取りになることが多い。
- ・ 医師以外の多職種がライフサポートの意味を理解できていない。
- ・ 大病院から当院へ紹介されてくる時はもう死が迫っていて、往診を開始しても1～2週間で亡くなることも多い。もうダメとなったら、もう少し早めに在宅に帰して下さると落ち着いた緩やかな在宅死を迎えることができるのでは・・・と思う。
- ・ がん診療連携拠点病院からの紹介で連携しても、担当医（主治医）によって連携に差があり困っている。もっと緩和全体について連携も含めて周知するとともに、興味を持って欲しい。紹介はしてもその後は任せっぱなしなど、患者さんも見放されたように思うので。

<患者・家族支援>

- ・ 独居、老老介護、認老介護、特に認知症の独居。緩和ケア以前の問題ですが…。離島の特殊性もあります。
- ・ 家族の覚悟が重要と考えますが、途中で気持ちが変わってしまうことが多いと考えます。
- ・ お金も準備のない中、見切り発車している。
- ・ 緩和ケアに対する治療に対して、保険適応が十分にされておらず、十分に患者さんの苦痛を減らすことができない。
- ・ 若い患者さんやそのパートナーが若くして死に直面するという不安、子を先に亡くしてしまう親の苦しみ、このサポートは重要だと思います。
- ・ 退院時に病院側から十分な説明や、患者の納得が得られていないことがある。
- ・ 患者が退院される際、入院中の状況や退院後指導すべき事項について情報がほしい。
- ・ 患者や家族が緩和ケアのことを把握していない事が多く、説明しているうちに亡くなってしまうこともある。
- ・ 紹介元の病院が家族とご本人に十分な説明をしていないときが多いので困惑しています。

<人材育成>

- ・ 緩和ケアの研修会がもう少し多くあると良いと思う。看護師のレベルアップも必要。勉強の機会が多いと助かる。
- ・ 地域連携の会に参加する等、徐々に関わりを持って行かないと進まない様に思う。
- ・ 投薬の方法、麻薬の投与の仕方、持続点滴の方法等もっと知りたいが、知る機会がありません。
- ・ 在宅緩和ケアを提供する医師のレベルがまちまちで、中には不適切な対応をするところもある。誰でもできるものでもないので、質の保証が必要と考える。
- ・ e-learning サイトは参考になりました。

<緩和ケアに対応するために必要な情報等>

- ・ 練馬区の緩和ケア実施病院のリストが欲しい（名前、連絡先など）。
- ・ 一般市民の医療に対する期待が過剰。
- ・ 緩和ケアに対応する病院が不明。
- ・ 対応する機会が少なく、経験の蓄積が困難。

<その他>

- ・ 経口的に薬を服用することが困難な患者が多いので、舌下使用のアブストラル（現在はレスキュー使用のみ）や、貼付薬の麻薬が最初から使えるようにしてほしい。
- ・ 「非癌患者への緩和ケア」という視点が欠けている。
- ・ 国レベルで連携して使える電子カルテがない。
- ・ 終末期にあせって救急車を呼んでしまっても、蘇生されてしまわない書類はないものか。
- ・ 送り出し側が予後をあいまいに伝えることで、良い看取りにならないケースがあります。

以上

8. 薬局調査

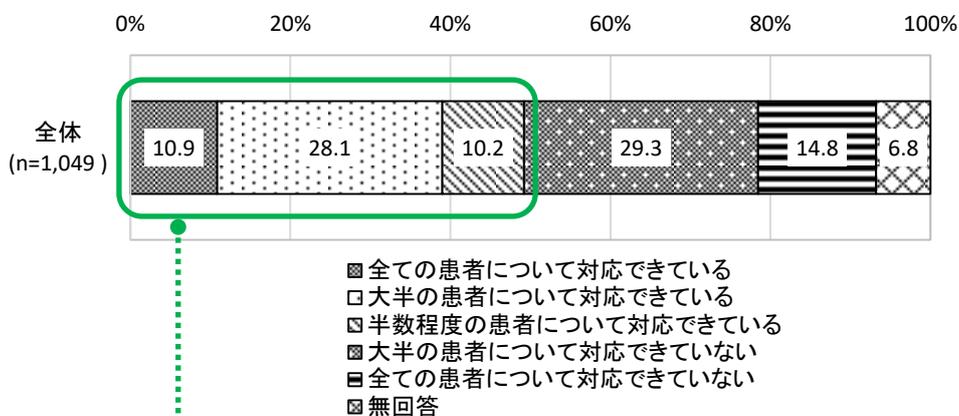
1) 基本属性

■ がん患者の緩和ケアへの対応状況（問1、2）

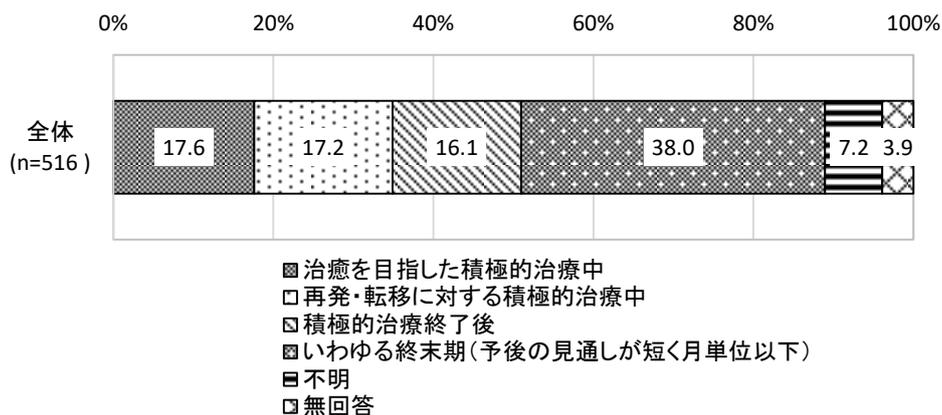
がん患者の緩和ケアへの対応状況は、「大半の患者について対応できていない」が29.3%で最も高く、次いで「大半の患者について対応できている」が28.1%であった。

がん患者の緩和ケアへの対応について、「全ての患者について対応できている」「大半の患者について対応できている」「半数程度の患者について対応できている」と回答した場合の、最も多い患者の状況としては、「いわゆる終末期」が38.0%で最も高く、次いで「治癒を目指した積極的治療中」が17.6%であった。

図表 189 がん患者の緩和ケアへの対応状況



図表 190 最も多い患者の状況



2) 緩和ケアの提供体制

■ 薬剤師数（問3）

薬剤師数は、全体で平均 4.4 人であり、うち「がん専門薬剤師」、「がん薬物療法認定薬剤師」、「緩和薬物療法認定薬剤師」は平均 0 人（いずれも最大値 1 人）であった。

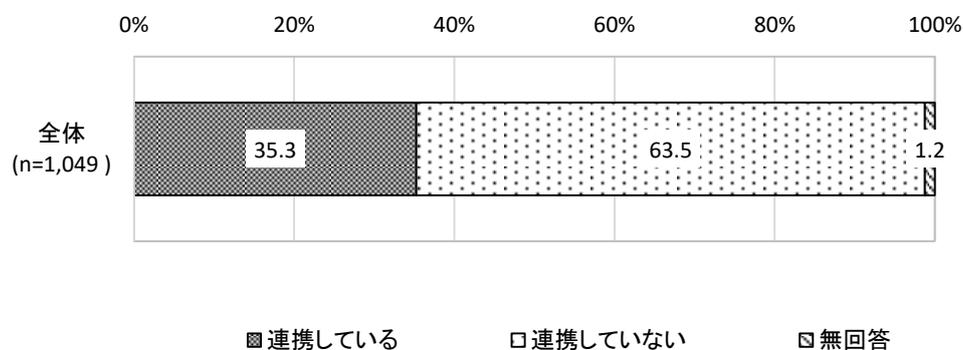
図表 191 薬剤師数

	回答数	最小値	最大値	平均
① 薬剤師	1039	0 人	41 人	4.4 人
② ①のうち、日本医療薬学会 がん専門薬剤師	936	0 人	1 人	0.0 人
③ ①のうち、日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師	939	0 人	1 人	0.0 人
④ ①のうち、日本医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師	929	0 人	1 人	0.0 人

■ 緩和ケアを提供する在宅訪問診療所との連携状況（問4）

緩和ケアを提供する在宅訪問診療所との連携状況は、「連携している」が 35.3%であった。

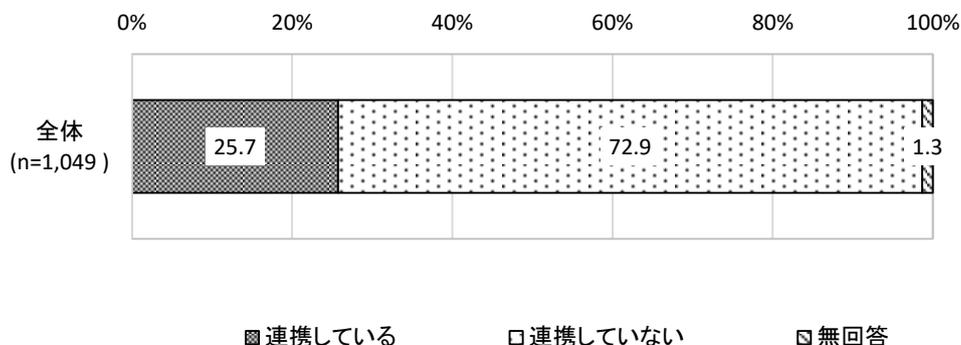
図表 192 緩和ケアを提供する在宅訪問診療所との連携状況



■ 緩和ケアを提供する訪問看護ステーションとの連携状況（問5）

緩和ケアを提供する訪問看護ステーションとの連携状況は、「連携している」が25.7%であった。

図表 193 緩和ケアを提供する訪問看護ステーションとの連携状況

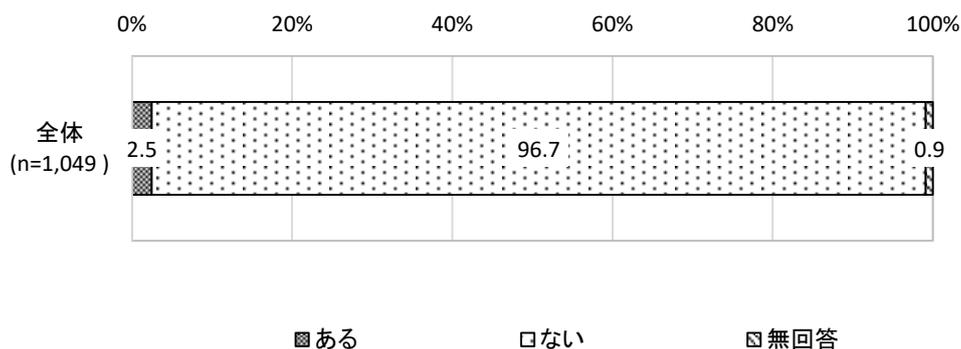


■ がん相談支援センターの紹介の有無（問6、7）

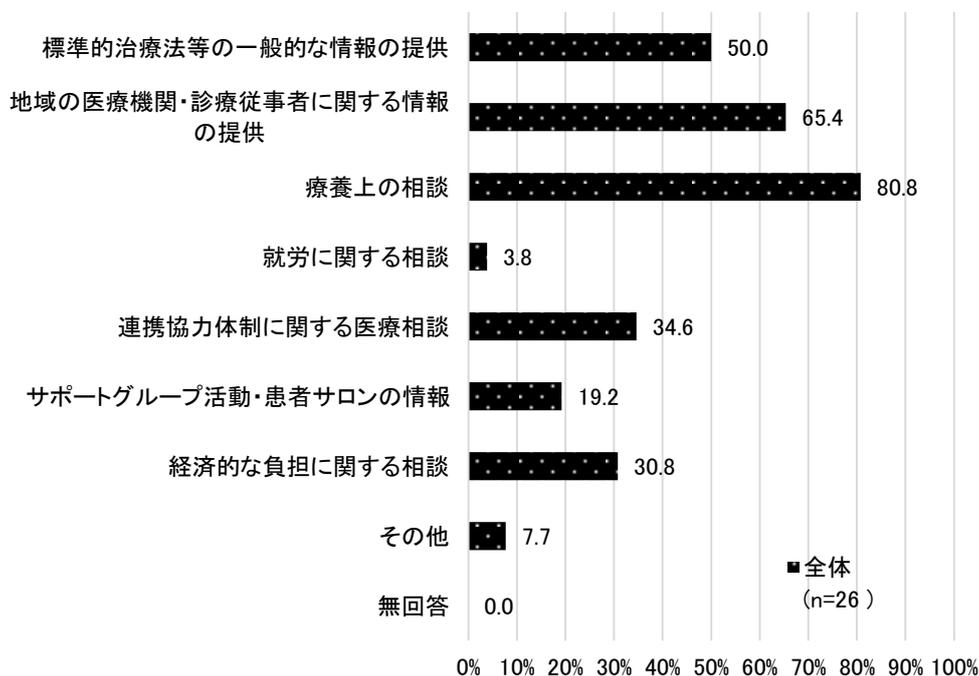
がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターを紹介したことがあるかどうかに関しては、「ある」が2.5%であった。

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、「療養上の相談」が80.8%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」が65.4%、「標準的治療法等の一般的な情報の提供」が50.0%であった。

図表 194 がん相談支援センターの紹介の有無



図表 195 相談内容(複数回答)



※その他：「自宅を希望」「食事等の相談、飲食物の相談」との回答があった。

3) がん患者の緩和ケアの運営状況

■ 緩和ケア患者の利用者数（問8）

平成30年4月における緩和ケア患者の利用者数は平均1.3人（最大値48人）であり、うち緊急利用者数は平均0.2人（最大値27人）であった。なお、回答の多くは4月のデータであるが、薬局によっては10月や11月などの異なる年月の回答をしている場合もある点に留意が必要である。

図表 196 緩和ケア患者の利用者数

	回答数	最小値	最大値	平均
① 利用者数	798	0人	48人	1.3人
② ①のうち緊急利用者数	798	0人	27人	0.2人

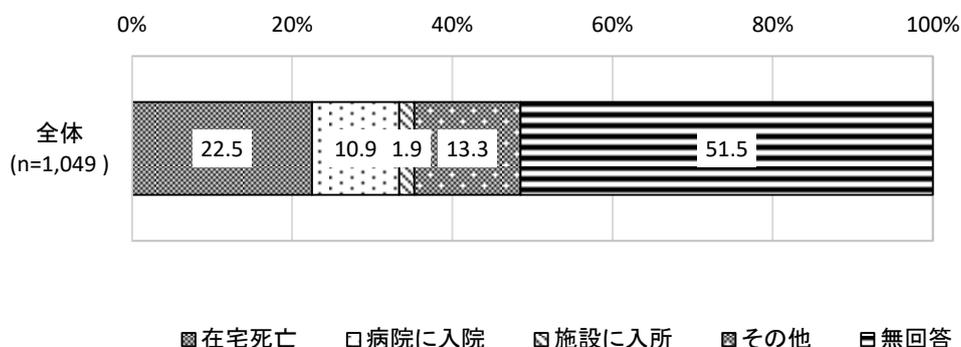
■ 緩和ケア患者（在宅療養）である利用者の平均月当たり利用回数（問9）

平成30年4月における緩和ケア患者（在宅療養）である利用者の平均月当たり利用回数は、平均0.9回であった。

■ 緩和ケア患者の利用者のうちサービス利用終了の理由で最も多いもの（問 10）

平成30年4月における緩和ケア患者の利用者のうち、サービス利用終了の理由として最も多いものは、「在宅死亡」が22.5%で最も高く、次いで「病院に入院」が10.9%であった。

図表 197 緩和ケア患者の利用者のうちサービス利用終了の理由で最も多いもの



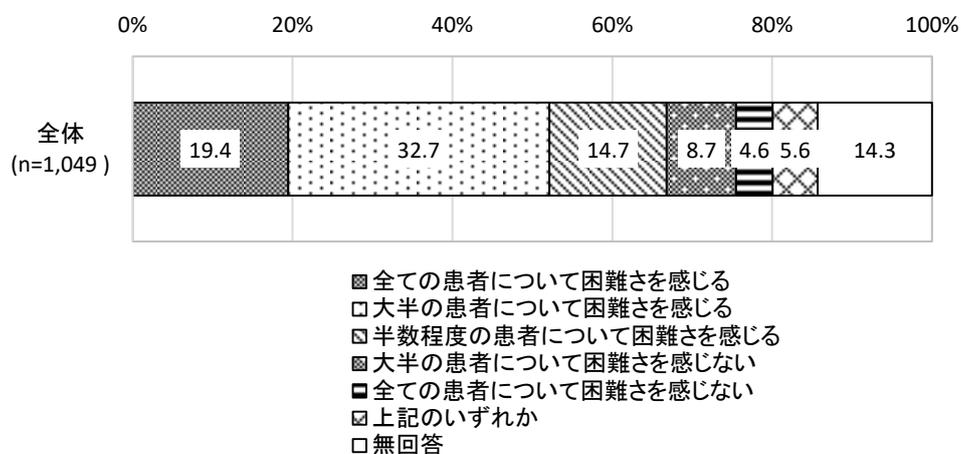
※その他：「該当者なし」「転居」等の回答があった。

■ 患者に緩和ケアを提供する上で困難さを感じることの有無（問 11、問 12）

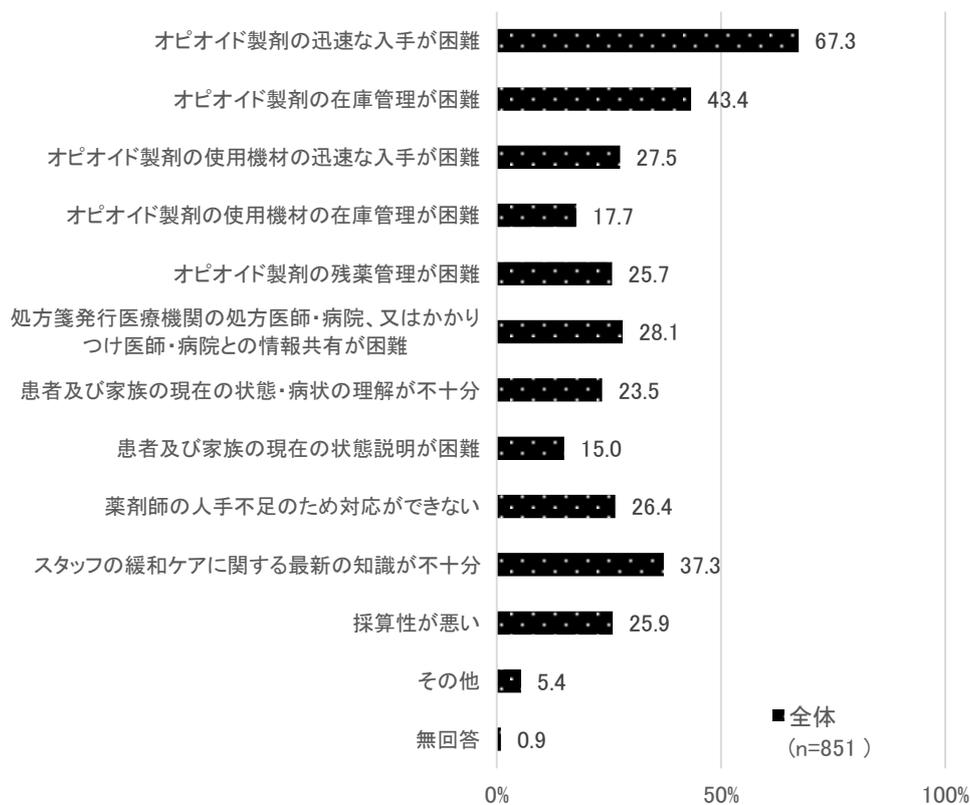
患者に緩和ケアを提供する上で困難さを感じることの有無については、「大半の患者について困難さを感じる」が32.7%で最も高く、次いで「全ての患者について困難さを感じる」が19.4%であり、52.1%が困難さを感じていた。

「全ての患者について困難さを感じない」以外の選択肢を選んだ場合の、困難さを感じる内容としては、「オピオイド製剤の迅速な入手が困難」が67.3%で最も高く、次いで「オピオイド製剤の在庫管理が困難」43.4%であった。

図表 198 患者に緩和ケアを提供する上で困難さを感じることの有無



図表 199 困難さを感じる内容(複数回答)



※その他：次のような回答があった。

- ・オピオイドに対する医師の知識不足
- ・ケアマネジャーの質や対応にムラがある
- ・オピオイド製剤の不良在庫
- ・病院からの緊急対応が在庫なしの場合困難
- ・無菌調剤に対応できない
- ・スタッフの精神的な苦痛
- ・経験がほぼない
- ・患者さんがパニック状態になる（家族も）。夜中も電話対応
- ・患者さんの現状が分からないため、投薬中に質問された際、回答に困る。
- ・大半は本人以外が来局されるため、患者の全身状態、痛みに関する情報、副作用の情報が入手できない。
- ・病態が変化するスピードが速いケースだと処方変更の数が多く、処方日数の依頼、修正が大変である。等

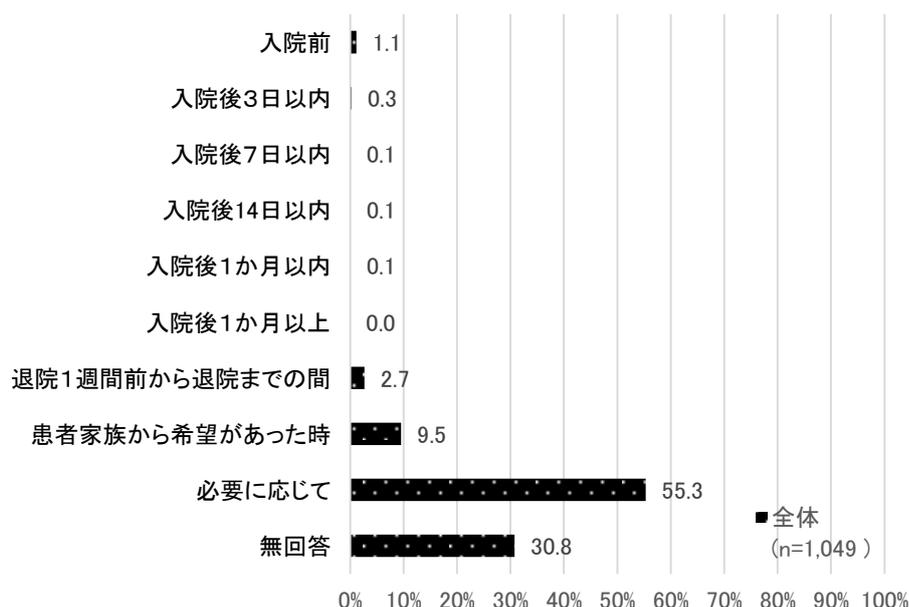
4) 地域連携・在宅緩和ケア

■ 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 13、14）

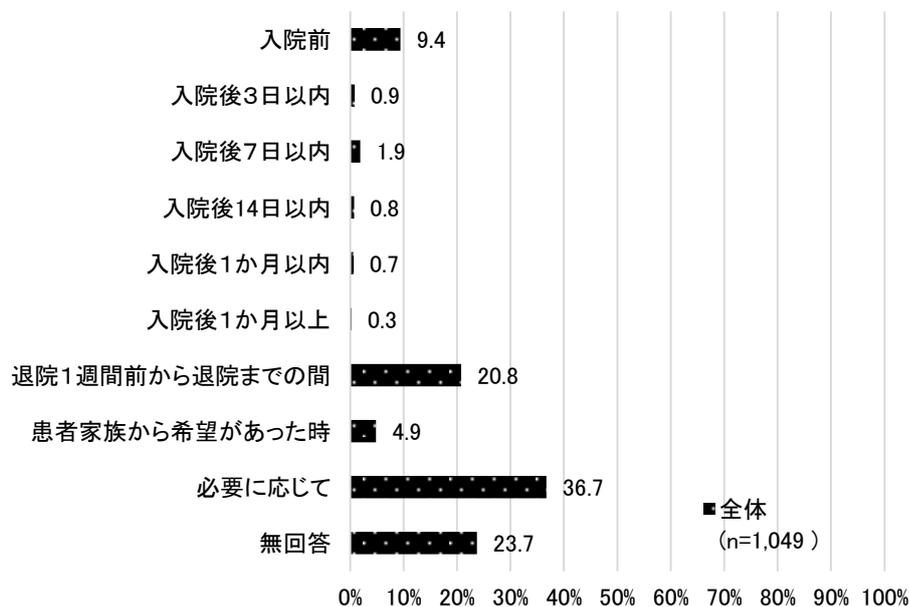
転退院を進める上で、受入先医療機関やかかりつけ医、介護事業者と情報共有のためのカンファレンスを開始する時期は、「必要に応じて」が55.3%で最も高く、次いで「患者家族から希望があった時」が9.5%であった。

望ましい開始時期としては、「必要に応じて」が36.7%で最も高く、次いで「退院1週間前から退院までの間」が20.8%であった。

図表 200 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 201 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 15）

がん診療連携拠点病院等での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因は、「緩和ケアに必要なスキルを持っている人材が不足」が45.6%で最も高く、「本人の在宅療養に対する不安」が43.3%、「患者の急変時の対応が明確でない」が39.9%であった。

図表 202 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：次のような回答があった。

- ・退院時の情報が乏しい、退院時カンファレンスに呼ばれない
- ・薬局に注射剤を調製する設備がない
- ・患者の状態が毎日変化するので対応困難
- ・家族が患者を支えることが出来ない
- ・ケアマネの質
- ・かかりつけ医のスタンスと緩和ケアとの乖離 等