

第3回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会-緩和ケア部会

更新日: 2016年03月15日 [[更新履歴](#)]

平成27年12月7日、第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会が、国立がん研究センターで開催された(資料:議事次第)。各都道府県がん診療連携拠点病院の緩和ケア部門の責任者および実務者、各都道府県の緩和ケア関連会議の責任者が出席し、合計64施設から113名の緩和ケアの関係者が参加した。また、患者の立場から2名の方にオブザーバーとしてご参加いただいた(資料:出席者一覧)。

冒頭に国立がん研究センター理事長 堀田知光より、都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件で今年度中に整備が求められている緩和ケアセンターの機能について、各都道府県での状況を情報交換し、それぞれの都道府県の状況に応じたより良いものを検討しながら整備を進め、全国の緩和ケアを推進していきたい旨、あいさつがなされた。



議事次第に沿って、緩和ケア部会の部会長を務める国立がん研究センターがん対策情報センター 加藤雅志が、以後の議事を進行了た。



まず、厚生労働省健康局がん・疾病対策課 濱卓至 課長補佐より、今後のがん対策の方向性について紹介がなされた(資料1)。

次に、緩和ケアセンターについて、事前アンケート結果(資料2-1, 資料2-3)の説明の後、がん・感染症センター都立駒込病院 田中桂子先生より緩和ケアセンター運営の現状と工夫について(資料2-2)、九州がんセンター 竹山由子先生よりジェネラルマネージャーの役割について(資料2-4)具体的な取り組みについて、それぞれ紹介がなされ、参加者間での情報共有が図られた。

その後、苦痛のスクリーニングについて、事前アンケート結果(資料3-1)の説明があり、国立がん研究センター東病院 木下寛也先生、全国調査結果の報告(資料3-2)、高知大学医学附属病院の北川善子先生より外来での取り組み(資料3-3)、熊本大学医学部附属病院の吉武淳先生より入院での取り組み(資料3-4)について紹介がなされた後、それぞれ具体的な取り組みや課題について意見交換がなされた。

また、都道府県内のPDCAサイクルの構築について、事前アンケート結果(資料4-1)の説明の後、奈良県立医科大学 長谷川正俊先生より、奈良県での取り組み(資料4-2)について紹介がなされた。

がん対策の緩和ケアの評価に関する第2期がん対策推進基本計画の中間報告について、配布資料(資料5-1)を参照するよう紹介がなされた。

全体の議論や同日の午前中に開催された意見交換会での議論を踏まえ、新たに多く発生している業務を処理するために現場から強く求められている緩和ケアセンターの事務員や、各施設が新しいポストとして準備せざるを得ない状況となっているジェネラルマネージャーについて、政府に財政的支援の要望を行うことを、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会へ提案していくこととなった。また、苦痛のスクリーニングについて現在は緩和ケア領域の専門家が中心になって議論をしているが、がん医療全体で議論をしていくべき課題であり、がん医療の関係者が集まる場で議論を進めていけるよう要望していくことについても話し合いがなされた。

患者の立場で参加しているオブザーバーの方々からは、苦痛のスクリーニングなどの緩和ケアに関する各取り組みへのコメントとともに、ピアサポート等の経験を生かした患者支援も含めた今後への更なる期待などが語られた。

最後に、国立がん研究センター理事長 堀田知光より、今一度医療の原点にもどり、緩和ケアについて考え、本部会で情報をまとめていくことで医療の質を高めていきたい旨挨拶があり閉会となった。

<資料>

[議事次第\(PDF\)](#)

[出席者一覧\(PDF\)](#)

- | | |
|---------|--|
| 資料1 | 国のがん対策について(PDF) |
| 資料2-1 | 緩和ケアセンターについて(PDF) |
| 資料2-2 | 運営に関する取り組み紹介(PDF) |
| 資料2-3 | ジェネラルマネージャーについて(PDF) |
| 資料2-4 | ジェネラルマネージャーの役割紹介(PDF) |
| 資料3-1 | 苦痛のスクリーニングについて(PDF) |
| 資料3-2 | 全国調査結果(PDF) |
| 資料3-3 | 外来での取り組み紹介(PDF) |
| 資料3-4 | 入院での取り組み紹介(PDF) |
| 資料4-1 | 都道府県のPDCAサイクル確保について(PDF) |
| 資料4-2 | 都道府県内のPDCAサイクルの構築について(PDF) |
| 資料5-1 | がん対策の緩和ケアの評価に関する中間報告(PDF) |
| 資料5-1-1 | がん対策緩和ケア中間評価(PDF) |
| 資料5-1-2 | がん対策緩和ケア中間評価(PDF) |
| 資料5-1-3 | がん対策緩和ケア中間評価(PDF) |

http://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/p_care/shiryo3.html

- 資料5-1-4 [がん対策緩和ケア中間評価\(PDF\)](#)
- 資料5-2 [地域連携について\(PDF\)](#)
- 参考資料1 [事前アンケート結果H27\(PDF\)](#)
- 参考資料2 [事前アンケート\(実務者用・GM用\)\(PDF\)](#)

[このサイトについて](#) | [このサイトの使い方](#) | [サイトマップ](#) | [プライバシーポリシー](#) | [リンク・著作物使用手続き・著作権など](#) | [お問い合わせ](#)

© 2015 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター

平成 27 年度 第 3 回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会 議事次第

日時：平成 27 年 12 月 7 日（月）13:00～16:00

場所：国立がん研究センター築地キャンパス
国際交流会館

- | | | |
|----------------------------|--------------|--------|
| 1. 開会挨拶 | 国立がん研究センター | 堀田 知光 |
| 2. 議題 | | |
| 1) 国のがん対策について | 厚生労働省 | 濱 卓至 |
| 2) 緩和ケアセンターについて | | |
| 1. 運営に関する取り組み紹介 | 都立駒込病院 | 田中 桂子 |
| 2. ジェネラルマネージャーの役割紹介 | 九州がんセンター | 竹山 由子 |
| 休憩 | | |
| 3) 苦痛のスクリーニングについて | | |
| 1. 全国調査結果 | 国立がん研究センター | 木下 寛也 |
| 2. 外来での取り組み紹介 | 高知大学医学部附属病院 | 北川 善子 |
| 3. 入院での取り組み紹介 | 熊本大学医学部附属病院 | 吉武 淳 |
| 4) 都道府県内の PDCA サイクルの構築について | 奈良県立医科大学附属病院 | 長谷川 正俊 |
| 5) がん対策の緩和ケアの評価に関する中間報告 | 国立がん研究センター | 加藤 雅志 |
| 3. まとめ | | |
| 4. 閉会 | 国立がん研究センター | 堀田 知光 |



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

国のがん対策について

2015年12月7日

健康局 がん・疾病対策課

演 卓至

本日の内容

- がん対策の概要
- 緩和ケア・地域連携に関する取組

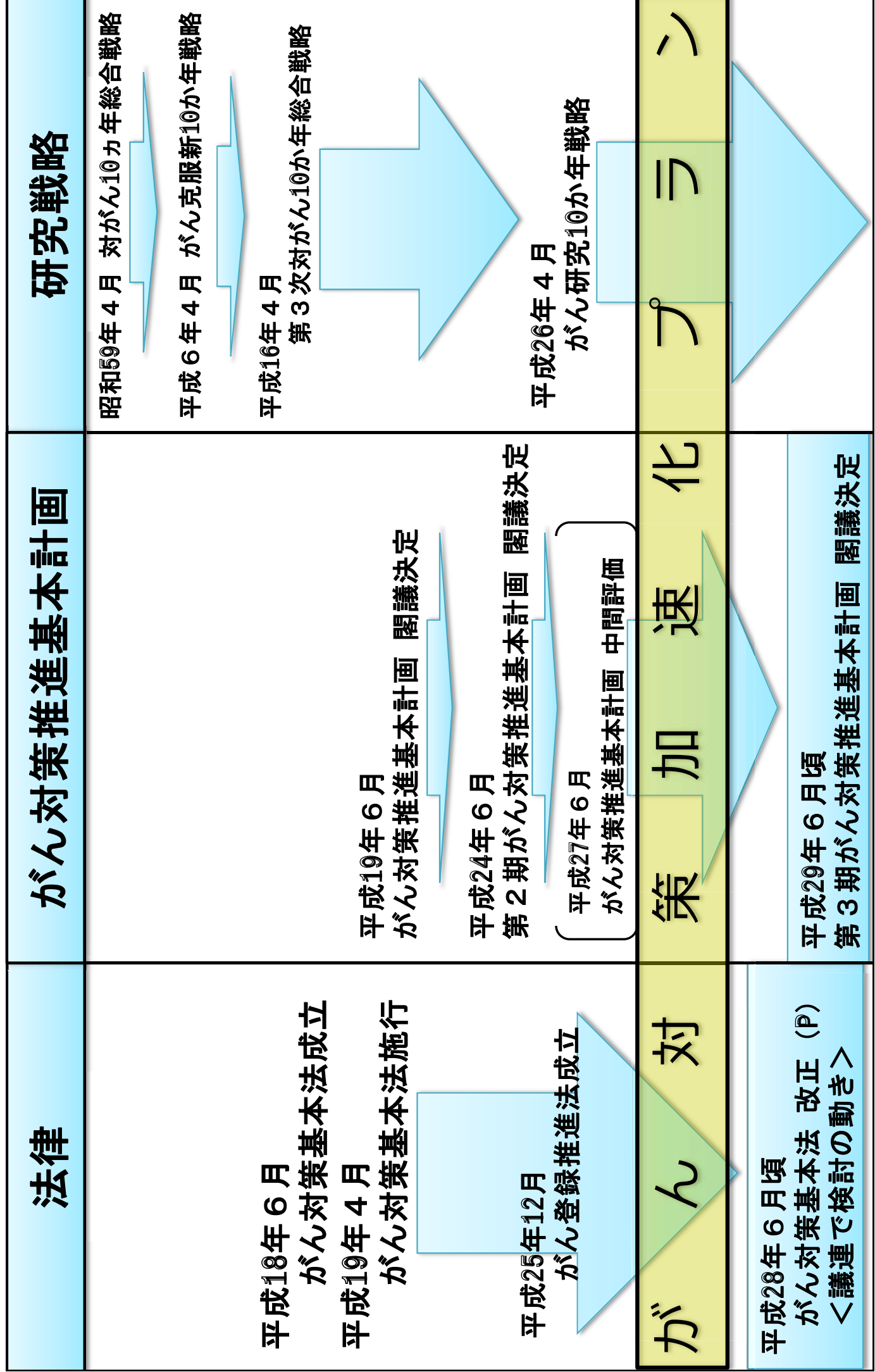
本日の内容

- がん対策の概要
- 緩和ケア・地域連携に関する取組

がん対策の歩み

年次	
昭和37年2月	国立がんセンター設置
昭和56年	悪性腫瘍が我が国の死亡原因の一位となる
昭和58年2月	老人保健法施行（胃がん・子宮頸がん検診の開始）
昭和59年4月	「対がん10カ年総合戦略」の開始（第1次 昭和59年―平成5年）
昭和62年	がん検診に子宮体部がん・肺がん・乳がん検診を追加
平成4年	がん検診に大腸がん検診を追加
平成6年	「がん克服新10カ年戦略」の開始（第2次 平成6年―平成15年）
平成13年8月	地域がん診療拠点病院制度の開始
平成16年	「第3次対がん10カ年総合戦略」の開始（第3次 平成16年―平成25年）
平成17年5月	がん対策推進本部（本部長：厚生労働大臣）の設置
平成18年2月	がん診療連携拠点病院制度の開始
平成18年4月	健康局総務課にがん対策推進室を設置
平成18年6月	がん対策基本法が議員立法により成立
平成19年6月	がん対策推進基本計画（第1期）
平成24年6月	がん対策推進基本計画（第2期）
平成25年12月	がん登録推進法が成立
平成26年4月	「がん研究10カ年戦略」の開始

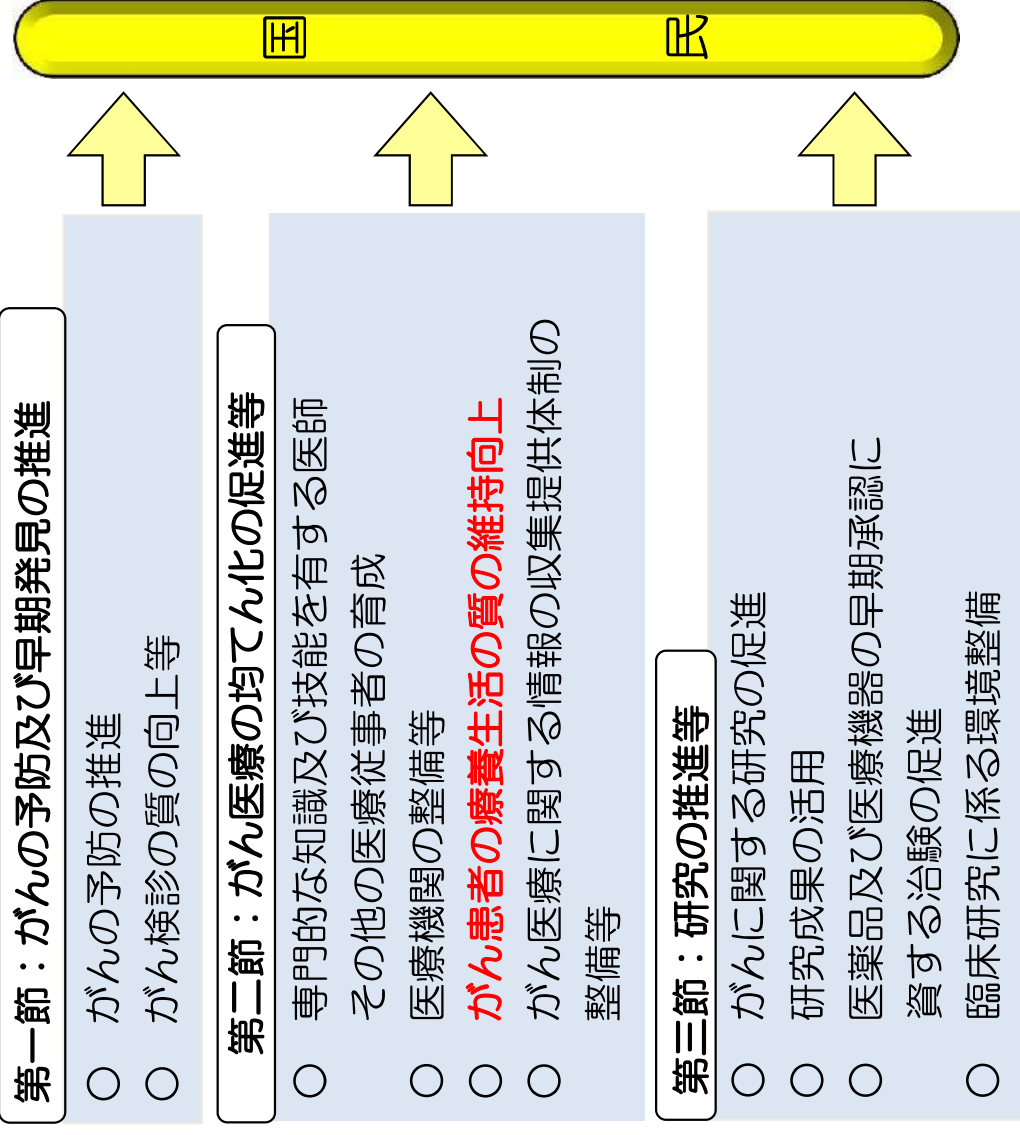
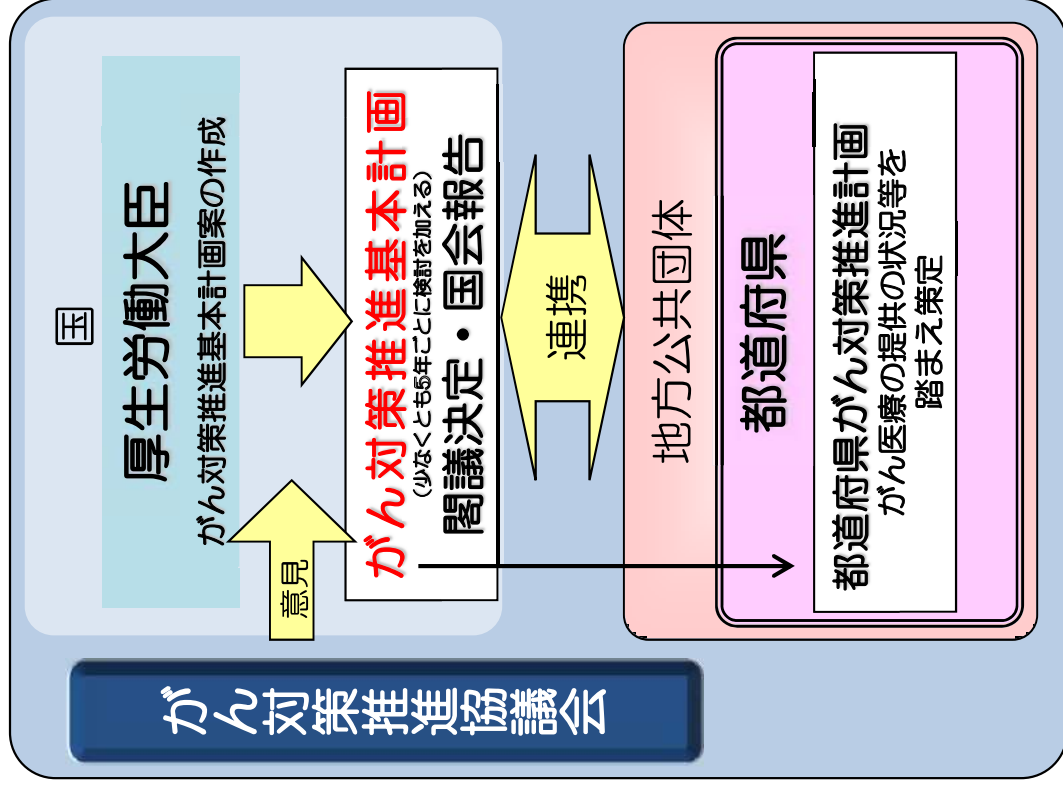
わが国のがん対策の歩みについて



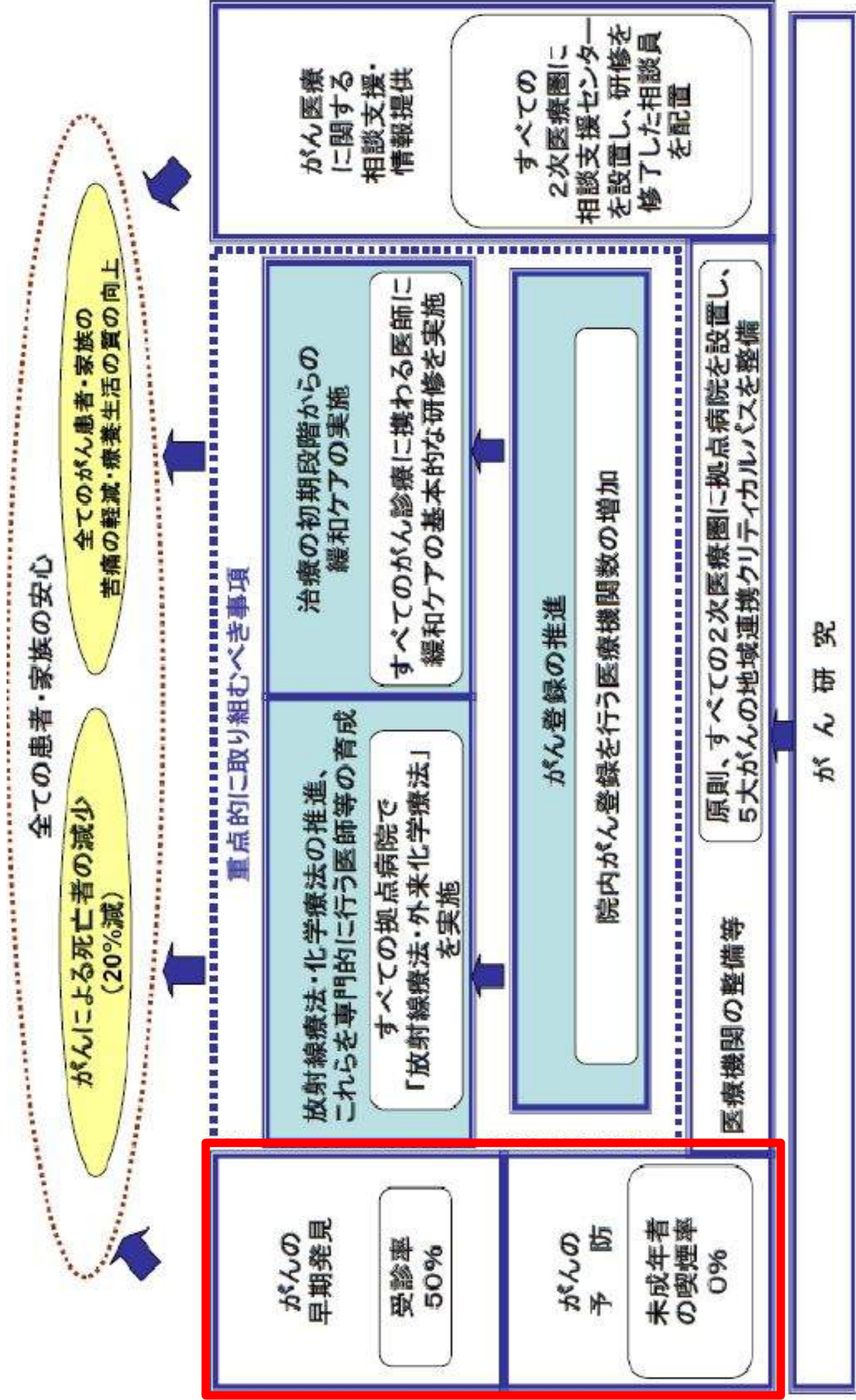
がん対策基本法

(平成18年法律第98号、平成19年4月施行)

がん対策を総合的かつ計画的に推進



がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）



がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

新(4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新**⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

新 7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新 8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

(がん対策推進基本計画より抜粋)

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど**社会的苦痛**も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の**精神的・社会的苦痛を和らげる**ため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施する。



がんになっても
安心して暮らせる社会の構築へ

本日の内容

- がん対策の概要
- 緩和ケア・地域連携に関する取組

がん対策基本法（平成18年6月23日法律第98号）

第三章 基本的施策

第二節 がん医療の均てん化の促進等

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第十六条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

がん対策基本法案に対する附帯決議 （平成18年6月15日参議院厚生労働委員会）

十二、**緩和ケア**については、がん患者の生活の質を確保するため、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医療従事者の育成に努めるとともに、自宅や施設においても、適切な医療や緩和ケアを受けることができる体制の整備を進めること。

がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

新(4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

新 7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新 8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(がん対策推進基本計画より抜粋)

(取り組むべき施策)

- ・ がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制の整備(苦痛のスクリーニング等)
- ・ 専門的な緩和ケアへの患者・家族のアクセスの改善。患者・家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談・支援を受けられる体制の強化
- ・ 拠点病院を中心に、精神腫瘍医、がん看護の専門・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。
- ・ 患者・家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制の整備。急変した患者や要介護者の受け入れ体制の整備
- ・ 医療用麻薬をはじめとした薬剤の迅速かつ適正な使用と普及。基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築
- ・ 心のケアを専門的に行う医療従事者の育成
- ・ 緩和ケア研修会の質の維持向上
- ・ 緩和ケア教育、卒前教育を担う教育指導者の育成、緩和医療学講座の設置
- ・ 国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じた普及啓発

【個別目標】

- ・ 3年以内に緩和ケアの研修体制を見直し、5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。
- ・ 3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(がん対策推進基本計画より抜粋)

(取り組むべき施策)

- ・ 拠点病院のあり方 (拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等)について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。
- ・ 拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。
- ・ 地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

【個別目標】

- ・ がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。
- ・ また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

新たながん診療提供体制の概要

平成27年4月1日時点（新規指定・指定更新）

352カ所

地域がん診療連携拠点病院

- ・指定要件強化による質の向上
- ・高度診療に関する一定の集約化
- ・都市部への患者流入への対応
- ・複数指定圏域における役割・連携の明確化等

強化

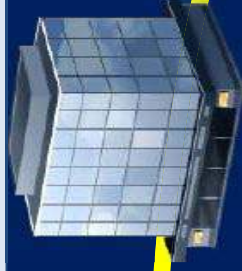


49カ所

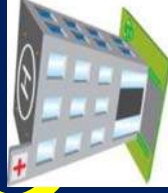
都道府県

がん診療連携拠点病院
国内、都道府県内のがん診療に関するPDCA体制の中心的位置づけ

強化



情報の可視化



20カ所

地域がん診療病院

- ・拠点病院とのグループ指定により高度がん診療へのアクセスを確保
- ・緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的がん診療のさらなる均てん化
- ・空白の医療圏の縮小

新設

1カ所

特定領域

がん診療連携拠点病院

- ・特定のがん種に関して多くの診療実績を有し、拠点的作用を果たす医療機関の制度的位置づけの明確化

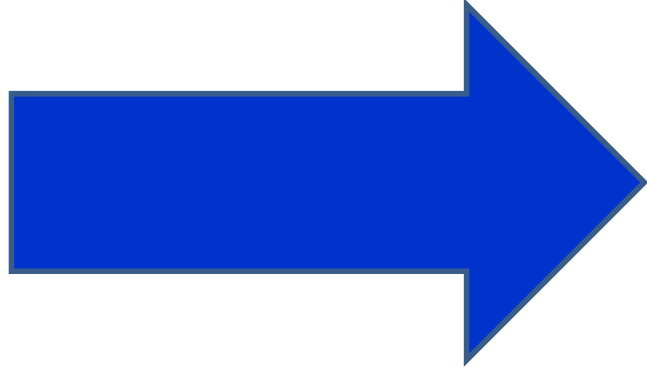
新設



空白の医療圏
(84箇所)

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- ◆ 患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅医療などさまざまな場面において切れ目なく提供される体制の構築が必要。
- ◆ がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神的苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要。



がん診療に携わる医師に対する基本的緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンター、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的緩和ケアの整備

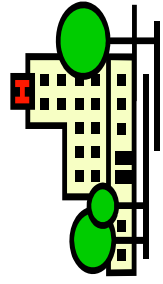
緩和ケアに関する専門的医療従事者（看護師等）の育成

在宅緩和ケア地域連携体制の構築

患者、医療従事者を含む国民への普及啓発

- すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得する。
- 緩和ケアチームや緩和ケア外来等、専門的緩和ケアを提供する体制を整備する。
- 患者・家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる体制を整備する。

緩和ケア推進事業（緩和ケアセンターの整備）



外来

緩和ケア外来

- ・外来において（医師による全人的な緩和ケアを含めた）専門的な緩和ケアの提供

入院

緩和ケアチーム 緩和ケア病棟

- ・専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供（病棟ラウンド、カンファレンス）
- ・外来看護業務を支援・強化（がん患者カウンセリング）
- ・がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診に参加

緊急緩和ケア病棟

- ・症状増悪等の対応のための緊急入院体制の整備
- ・難治性症状への対応 等



がん診療連携拠点病院 等

緩和ケアセンター

- 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合
- 専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織の整備

緩和ケアチームを軸とした多職種による人員の適正配置

構成

- ・センター長
- ・ジェネラルマネージャー
- ・身体症状担当医師
- ・精神症状担当医師
- ・緩和ケア関連認定看護師
- ・緩和薬物療法認定薬剤師
- ・相談支援に携わる者
- ・歯科医師
- ・医療心理に携わる者
- ・理学療法士
- ・管理栄養士
- ・歯科衛生士 等

管理・運営

管理・運営

地域

地域緩和ケア連携拠点 機能の強化



- ・地域の医療機関の診療従事者と協働した緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスの定期開催
- ・連携協力している医療機関等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制
- ・患者・家族に対する緩和ケアに関する高次の専門相談支援 等

在宅緩和ケア

- ・緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ医や連携協力リストを作成した在宅診療等からの緊急受け入れ体制の整備



連携

がん対策推進基本計画中間評価の概要

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

第二期から

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

・年齢調整死亡率の推移：**92.4(2005年)→80.1(2013年)**
減少傾向ながら、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ている。

・喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要。

・身体的苦痛や精神的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる。
・引き続き、**緩和ケア等の提供体制の検証と整備**が必要。

・家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が3割ほどいる。
・**がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組**をより一層推進することが重要。

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

第二期から

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

(4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

・**拠点病院の指定要件の改正**や**がんプロフェッショナル基盤養成プラン**等の取組により、一定の進捗が得られている。
・今後、系統的なデータ収集体制の整備や先進的な放射線治療機器の適正配置についての検討、がん診療に携わる専門医のあり方についての検討等を推進することが重要。

・拠点病院の指定要件の改正により、診断時から緩和ケアを提供する体制や専門家による診療支援体制の整備が進み、医師・看護師の意識の変化もみられた。
・**拠点病院の医師に対して、緩和ケア研修会を受講するよう促すとともに、在宅医療等が受講できる体制**を構築することが必要。
・拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアを推進していくことが必要。

・**平成25年12月にがん登録が法制化**。
・**国民への周知が不十分であり、より一層の普及啓発が必要**。

・関連部局と連携し、がん患者・経験者の就労支援について検討した。
・**就労支援に関する既存の仕組み・施策・制度を十分に理解し、活用していくことが重要**。
・小児がんについては、「**小児がん拠点病院**」及び「**小児がん中央機関**」を指定した。

がん対策推進基本計画中間評価の概要

2 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

	2015年
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（からだの苦痛）	57.4%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（気持ちのつらさ）	61.5%



がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項

身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き体制の検証と整備をすすめる必要がある。

今後のがん対策の方向性についての概要

(～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)

がん対策推進基本計画に明確な記載がなく、今後、推進が必要な事項

1. 将来にわたって持続可能ながん対策の実現

- ・少子高齢化等の社会・経済の変化に対応する **社会保障制度の改革**
- ・地域医療介護総合確保推進法に基づく **地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保** 等
⇒がん患者を含めた国民全体が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる体制の整備
- ・各施策の「**費用対効果**」の検証
- ・発症リスクに応じた予防法や早期発見法を開発・確立することによる **個人に適した先制医療**の推進
- ・がん医療の **均てん化と集約化の適正なバランス**に関する検討
- ・がん登録情報を活用した **大規模データベース**の構築

等

2. 全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築

- ・がん患者が「自分らしさと尊厳」を持って、がんと向き合って生活していくためにはがんに関する正しい情報を獲得することが重要⇒「**がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと共に生きることができると社会**」の実現
- ・障害のある者に対する情報提供、意志決定支援、医療提供体制の整備
- ・難治性がんに対する有効で安全な新しい治療法の開発や効果の期待できる治療法を組み合わせた集学的治療の開発等

3. 小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策

- ・総合的な **AYA世代のがん対策**のあり方に関する検討(緩和ケア、就労支援、相談支援、生殖機能温存等)
- ・**遺伝性腫瘍**に対する医療・支援のあり方に関する検討
- ・**認知症対策と連動した高齢者のがん対策**のあり方に関する検討

等

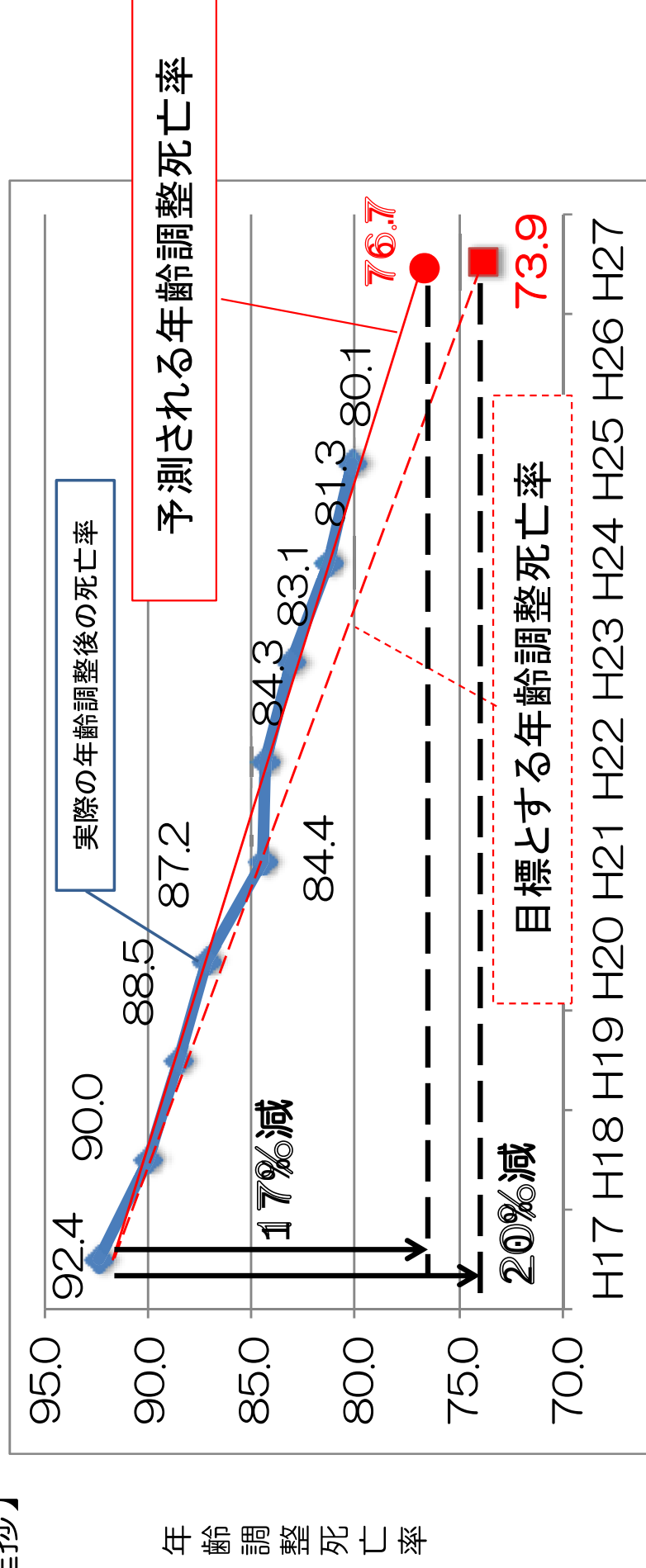
全体目標（がんによる死亡者の減少） に対する進捗状況

国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービスHPより

【目標】 がんによる死亡者数の減少

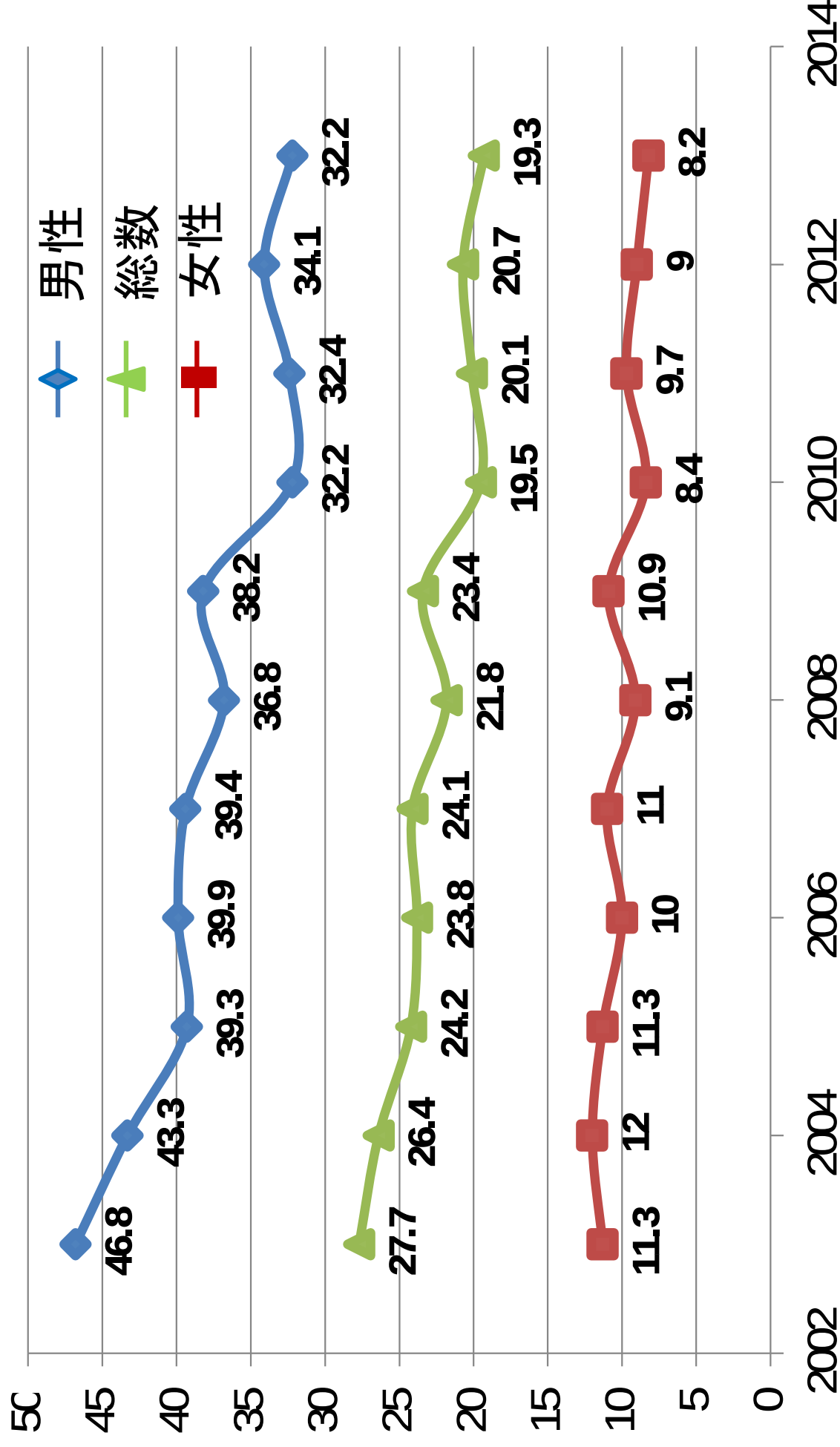
（10年間でがんの年齢調整死亡率（加齢による死亡率の変化を補正）
（75歳未満）の20％減少）

【進捗】

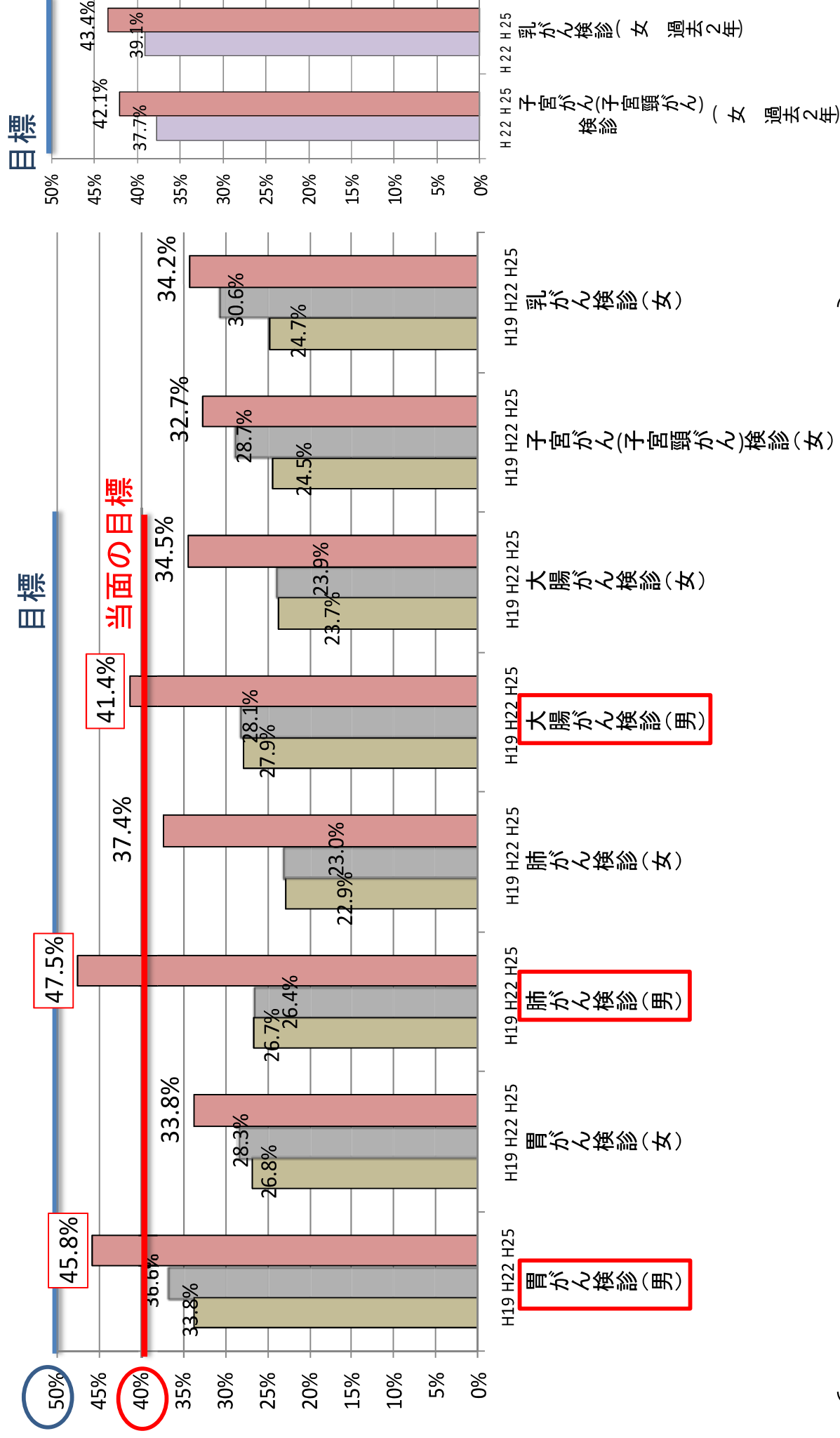


目標に対して減少傾向が鈍化

喫煙率(20歳以上)の年次推移



がん検診の受診率の推移



- 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳、子宮がん(子宮頸がん)は20歳～69歳。
- 健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)の中で受診したものも含む。

※がん対策推進基本計画(平成24年6月8閣議決定)及び健康日本21(第二次)(平成25年4月1日開始)

がん対策を加速するための新たなプランの策定について

がんサミット開催（平成27年6月1日）

～安倍総理大臣の挨拶より～

本日、私から、厚生労働大臣に対し、「がん対策加速化プラン」を年内を目途に策定し、取組の一層の強化を図るよう指示いたします。このプランは、厚生労働省だけでなく、関係する多くの方々と政府が一丸となって実施するものです。

～塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

【がん対策を加速するための3つの柱となる考え方】

- ① がん教育やたばこ対策、がん検診を含む早期発見の強化に取り組む「**がん予防**」を進め、
「避けられるがんを防ぐ」こと
- ② 小児がん、希少がん、難治性がん等の研究の推進に取り組む「**治療・研究**」を推進し、死
亡者数の減少につなげていくこと
- ③ 緩和ケア、地域医療やがんと就労の問題などに取り組む「**がんとの共生**」を進め、「がん
と共にいきる」ことを支援すること

がん対策加速化プラン（年内目途）

ご静聴ありがとうございました。



ひと、くらし、みらいのために

【事前アンケート結果 2015.11】 緩和ケアセンターについて

●対象施設数：51（都道府県拠点，群馬，千葉） ●回答者：実務担当者

	H26(n=47)	H27(n=50)
	n (%)	n (%)
●緩和ケアセンターの整備状況		
整備の検討中	6(13.0)	0(0.0)
整備に向けて調整中	20(43.5)	16(32.0)
整備済み	20(43.5)	34(68.0)

●メンバーの配置状況（配置済みの回答施設数）

①センター長	25(54.4)	40(80.0)
②ジェネラルマネージャー	18(39.1)	39(78.0)
③身体症状担当医師	34(73.9)	44(88.0)
④精神症状担当医師	27(58.7)	38(76.0)
⑤緊急緩和ケア病床担当の医師	25(54.4)	37(74.0)
⑥緩和ケア外来担当の医師	34(75.6)	42(84.0)
⑦がん看護専門看護師または認定看護師2名	18(39.1)	38(76.0)

【事前アンケート結果 2015.11】 緩和ケアセンターについて

●スタッフの人員確保の妨げ (そう思う, とてもそう思うと回答した施設)	H27(n=50)
	n (%)
院内職員の人員不足により、配置が難しい	25(50.0)
関連する他部署との役割分担が難しい	14(28.0)
関係部署の理解が得られない	10(20.0)
病院長など病院執行部の理解が得られない	8(16.0)
緩和ケアセンターの責任者が明確になっていない	7(14.0)
緩和ケアセンターの各職種の役割が不明瞭である	8(16.0)
緩和ケアセンターの機能が不明瞭である	5(10.0)

【事前アンケート結果 2015.11】 緩和ケアセンターについて

●各機能の整備状況（整備済みの回答施設数）	H26(n=47)	H27(n=50)
	n (%)	n (%)
緩和ケアチームによる専門的緩和ケアの提供	40(88.9)	49(98.0)
医療従事者に対する院内研修会等の運営	32(71.1)	47(94.0)
緩和ケア外来による専門的緩和ケアの提供	38(84.4)	46(92.0)
CN/CNSによるがん看護外来	21(46.7)	39(78.0)
緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンス	23(51.1)	35(70.0)
地域の医療機関の患者の診療情報に係る相談連絡窓口	24(53.3)	31(62.0)
外来や病棟等の看護師の連携	19(42.2)	29(58.0)
緊急緩和ケア病床	18(40.0)	29(58.0)
がん患者とその家族に対する、緩和ケアの相談支援	22(48.9)	29(58.0)
地域の診療従事者との連携協力に関するカンファレンス	12(26.7)	25(50.0)
地域の緩和ケアの提供体制の実情把握	17(37.8)	16(32.0)

【事前アンケート結果 2015.11】 緩和ケアセンターについて：自由回答

院内の機能に関するセンターの意義

- ・ 複数部署の緩和ケア機能の集約により統一的視点が持てることや、業務の効率的な遂行と客観的評価が可能となる（都駒込，千葉）
- ・ 緩和ケアセンターの機能を整備するための関係者間の検討を通して、目標達成に向けた活動につながる（神奈川）
- ・ 専従看護師の増加により、緩和ケア医とのコミュニケーションが増加しチーム医療の質が向上する（新潟）
- ・ 組織として緩和ケア提供体制を整備する目的が明確化する（群馬，高知）
- ・ 関係部署との交渉や意思疎通がスムーズになった（栃木，千葉，滋賀）
- ・ スクリーニング等により早期からの緩和ケアが実現（神奈川，和歌山）

地域の機能に関するセンター意義

- ・ 地域の緩和ケアを充実するための役割や機能が集約化する（福井）
- ・ カンファレンス等により院外関連機関との連携が深まることで、地域の緩和ケアの有機的な発展に役立つ（大阪）
- ・ 地域の医療者からの相談対応を通して、地域のケアの質が向上（奈良，福岡，長崎，鹿児島）

【事前アンケート結果 2015.11】 緩和ケアセンターについて：自由回答

緩和ケアセンター機能に関する課題

- 診療科を持たないため、新患の単独受け入れができず、緊急病床を有効に活用できない
- センターが事実上の独立組織となっていないため、他部門の業務が入り、センター業務に専従できない
- センター機能を整備するためには、人員や予算が不十分で疲弊が強い
- 人員確保や体制整備の作業が増加し、本来の緩和ケアの充実という目的に利しているのか疑問を感じる

がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケアセンター運営の現状と工夫



緩和ケアセンター長（緩和ケア科）

田中桂子

GM

梁 清姫

専従看護師OCNS

宗定水奈子

2015 12 7

第3回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

緩和ケア部会

本日お話すること

2

- 当院の概要
- 緩和ケアセンターの位置づけ
- 指定要件クリアまでの「険しい道のり」
 - ▣ 苦痛のスクリーニング
 - ▣ 緩和ケア院内パス
 - ▣ 緩和ケア地域連携パス
 - ▣ 緊急緩和ケア病床の確保
 - ▣ 地域の医療機関との連携強化・連携カンファレンス
 - ▣ 医療従事者に対する院内研修会等の運営
- まとめ

病院の概要とPCCの位置づけ

- 当院の概要
- 緩和ケアセンターの位置づけ



当院の概要

4

- 都道府県がん診療連携拠点病院
- イイズ拠点病院
- 造血幹細胞移植推進拠点病院
- 感染症予防法に基づく指定医療機関

がん専門病院の
役割だけではない

- 病床数：801床（一般771床、感染症30床
緩和ケア病棟22床）
- 平均外来患者数：1,428人/日
- 手術件数：6,195件/年
- 入院基本料：一般病棟 7：1
- 平均在院日数：一般病棟17.7日、
緩和ケア病棟31日

2014年度

緩和ケア提供の体制

5

緩和ケアセンター
の外側に
相談支援センター
がある

患者支援体制

相談支援センター

在宅移行
サポート
チーム

相談支援センター
(がん相談支援
センター)

医療連携の
機能
・ 医療連携係
・ 病床担当

緩和ケア
センター
(PCC)

緩和ケア
チーム

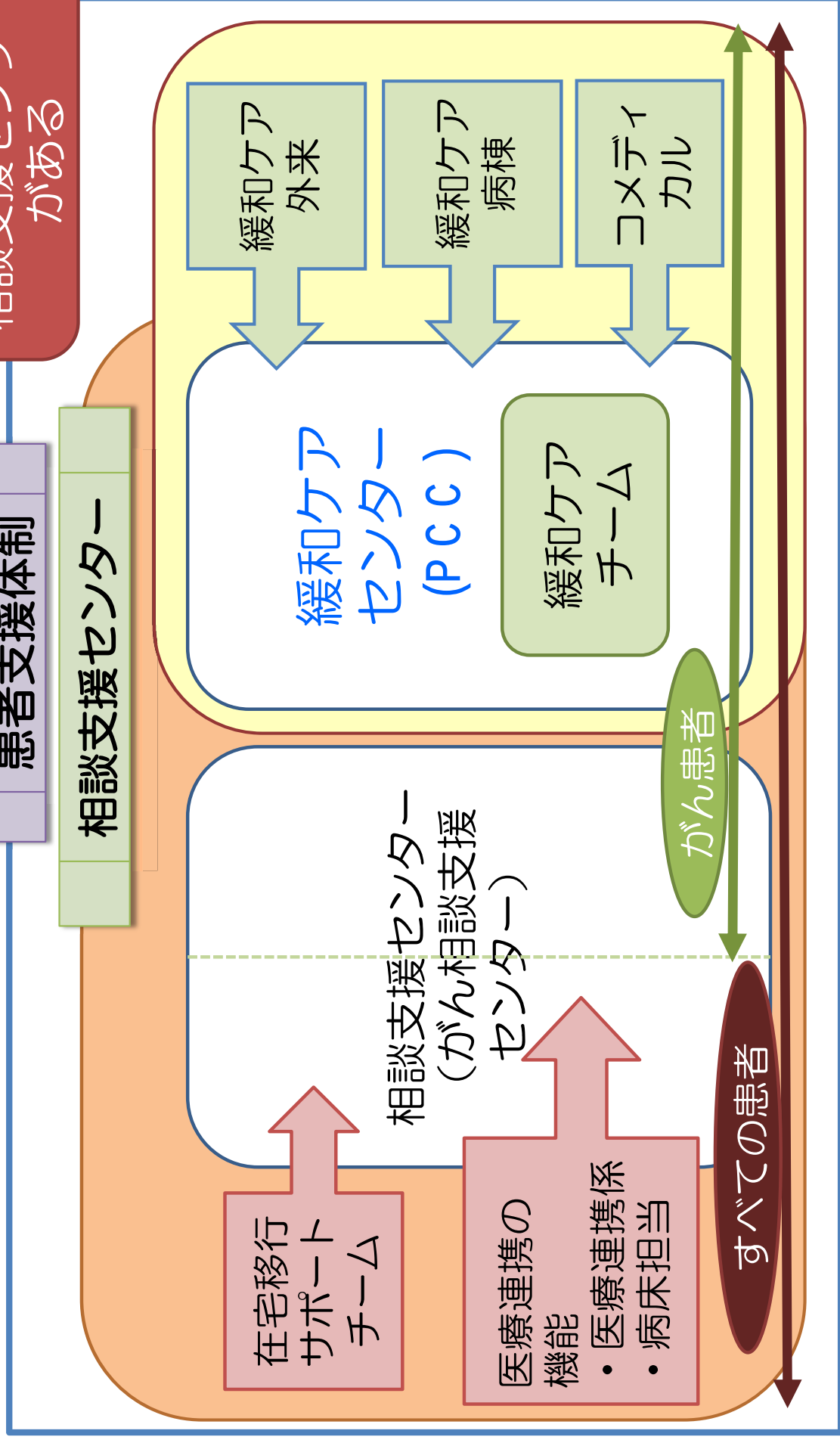
緩和ケア
外来

緩和ケア
病棟

コメディ
カル

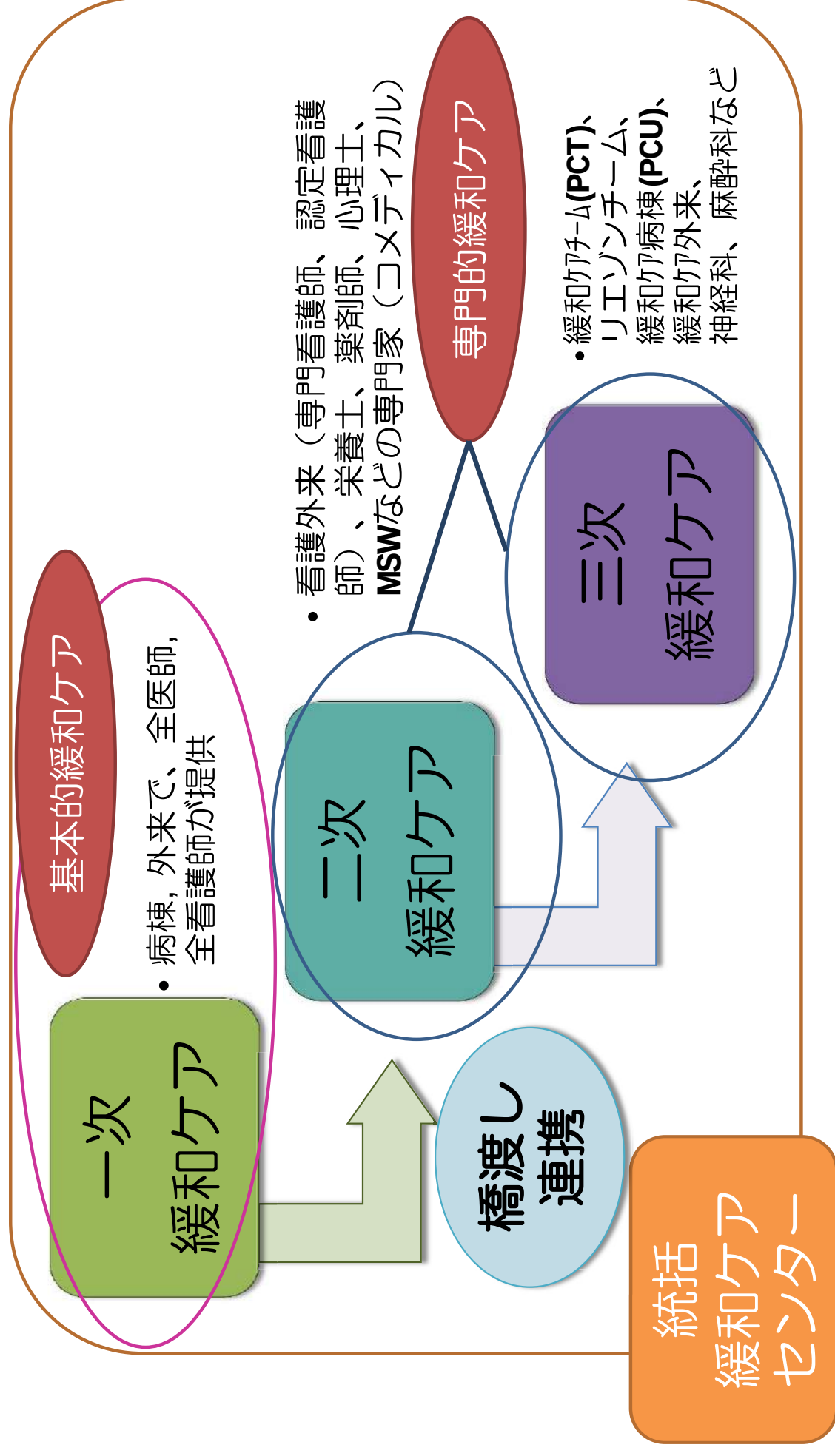
がん患者

すべての患者



緩和ケアの提供の基本的な考え方

6



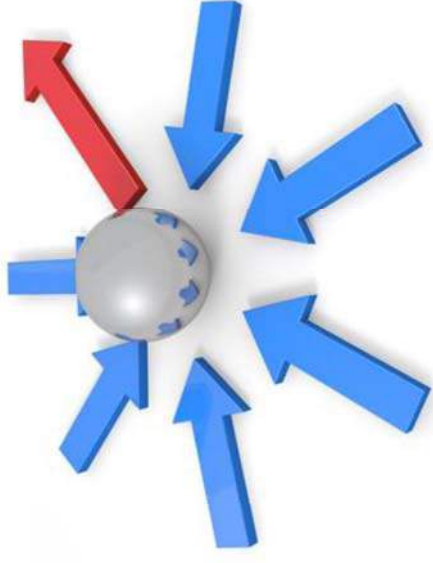
緩和ケアセンターの役割

7

- 緩和ケアチーム・緩和ケア外来の管理運営
- 看護外来（がん患者カウンセリング）の管理運営
- 「苦痛のスクリーニングと症状緩和」に関する院内の診療情報の集約・分析
- 地域の医療機関との連携強化
- 緩和ケアに関する高次の専門相談支援
- 医療従事者に対する院内研修会等の運営（緩和関連研修会等）
- 緊急緩和ケア病床の確保
- その他

緩和ケアに関する「ハブ」の役割

- 情報の集約・整理・連携
- 方向付け
- 活動のサポート



活動の展開

8

開設準備
(看護コンサル
テーション室)

4月正式に
開設

2014
年度
スクリー
ニング体
制の整備

2015
年度

- ・フルメンバーで
正式に始動
- ・スクリーニングの
質的向上
- ・指定要件のクリア

2016
年度
・質の向上
・情報発信

センター長：田中桂子（緩和ケア科部長）

ディレクター：梁清姫（看護師長）

身体症状担当医師：鄭陽緩和ケア科医長(PCT)

精神症状担当医師：赤穂理絵神経科部長

専従看護師：宗定水奈子(OCNS)

田中美奈子：PCT専従（緩和ケアCN）

薬剤師：宮沢真帆：PCT専任（緩和薬物療法認定薬剤師）

米窪恭子（緩和薬物療法認定薬剤師）

臨床心理士：川上美代子（緩和ケア心理士）

医療ソーシャルワーカー：菊池由生子
管理栄養士：能勢彰子
歯科衛生士：池上由美子

歯科医師
リハビリ医
理学・作業・言語療法士

指定要件クリアまでの 「険しい道のり」

- ①スクリーニングシステム
- ②院内緩和ケアパス
- ③地域連携緩和ケアパス（連携手帳）
- ④緊急緩和ケア病床の確保
- ⑤地域連携カンファレンス
- ⑥緩和ケア研修会



①苦痛症状のスクリーニングと症状緩和 生活のしやすさに関する質問票

10

- 現状：疼痛などはNRS使用
PCUではSTAS-Jでも評価
スクリーニングシステムはなし
- 方針：2014.9より入院・外来患者で
段階的に開始！
(PCC準備室担当)
 - 紙ベースでやりとり
⇒電子カルテ入力
⇒手作業で（！）集計

身体のつらさ：2点以上でハイリスク

気持ちのつらさ：5点以上でハイリスク



生活のしやすさに関する質問票（入院）

記入者 ☐患者さん ☐ご家族 ☐医療者

患者ID _____

患者氏名 _____様

この質問票は、今後の治療や生活に役立てるためのものです。
ご不明の点があれば、お近くの看護師にお尋ねください。

①からだの症状についておうかがいします

現在のからだの症状はどの程度ですか？
当てはまる数字に○をつけて下さい。

4 我慢できない症状がずっと続いている

3 我慢できないことがしばしばあり、
対応してほしい

2 それほどひどくないが、方法があるな
ら考えてほしい

1 現在の治療に満足している

症状なし

その症状はどのようなものですか？

痛み だるさ 食欲不振 吐き気
眠気 息苦しさ 不安 不眠
他（ ）

②気持ちのつらさについておうかがいします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、
最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

10 非常につらい
9
8
7
6
5 中くらいにつらい
4
3
2
1
0 つらさはない



①スクリーニング 電子カルテテンプレート（1／3画面目）

生活のしやすさに関する質問票		症状アセスメントシート	
☆記入者	▼	電子カルテを立ち上げた 看護師名が自動で記載される	
生活のしやすさに関する質問票の結果			
①からだの症状	▼	2以上の場合は症状アセスメントを行う	
②気持ちのつらさ	▼	5以上の場合は症状アセスメントを行う	
自由記載	質問票に記載された 具体的な症状を記載する		
※『からだの症状』が2以上または『気持ちのつらさ』が5以上の場合は症状アセスメントを行い、支援計画を作成して下さい			

質問票の点数を
ドロップダウンリストから入力

当日、一次支援ができない
場合はその理由を記載する

①スクリーニング

結果 2014年度PDCAサイクル



項目		9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	2014年12月	外来	入院
C h e c k	患者の抱える痛みやつらさの可視化										
	病棟のハイリスク率	44%	55%	46%	40%	42%	39%	40%		32.9%	40.1%
	外来のハイリスク率	44%	42%	42%	35%	38%	41%	37%			
	患者の訴えに対する医療者の対応の可視化										
	病棟の当日一次支援実施率	82%	63%	83%	79%	75%	80%	74%			
A c t i o n	外来の当日一次支援実施率	21%	80%	72%	68%	55%	61%	67%			
	病棟の質問票準備方法の見直し修正		→								
	外来の質問票の見直し修正		→								
	スクリーニング運用マニュアルの修正										
	一次支援から二次・三次支援への移行率の分析									69.3%	79.4%
	部署別一次支援率の分析										

考察：

- ①今後、外来の拡充にあたり、電子カルテ上での集計システム構築が必要である。
- ②現在は、基本的なフローが整備された段階であり、今後は質の向上が必要である。
- ③スクリーニングを質の高い一次支援の入り口として活用できるよう、リンクナーズおよびジェネラリストの緩和ケア教育を充実させていきたい。

①スクリーニングシステム 教訓とアドバイス



- 「既にある物」は上手に利用（先駆施設を見学調査）する。しかし、特徴・機能が異なるため、結局は、独自の工夫が必要
- 「できそう」な科・病棟から、段階的に順次開始するとよい（アドバイスをもらいながら試行錯誤する）
- 「現場」に出向いて「直接」ていねいな説明を繰り返し返すことが有効
 - 一緒にやる！
 - 「意味」を伝える、「やる気」をくすぐる！
- 結果を提示、「成果」をアピールする
 - OCNSの手作業→集計のクラウド雇用→電子化決定

②緩和ケアクリニカルパス オピオイド導入パス

14

□ 現状調査

- 当院で緩和ケア「クリニカルパス」はない
- 院内「クリニカルパス」のニーズもなし
- 海外・他施設での「失敗」報告あり

□ 方針

- 当初、緩和ケアマニュアルの充実と現場の教育強化で対応しようという方針
 - 事務局から「作るべき」の見解
 - それなら、汎用性のあるものを作ろう

□ 結果

- 「ごくシンプルな」オピオイド導入のクリニカルパス作成
- 使用件数は多くない



②緩和ケアクリニカルパス オピオイド導入パス

15



□ 教訓とアドバイス

- 「役に立つこと・意味あること」に全力を注ぐ！
- 優先順位をつける、メリハリを付ける
(その見極めが重要)



③緩和ケア地域連携パス

16

□ 現状調査

- 医療圏が複雑・交錯、都全体で統一したものが必要
- 都拠点病院アンケート調査では「パスは使いこなせない」「役に立つものを」の意見

□ 方針

- いわゆる「パス」ではなく「連携手帳（マイカルテ）」
- ユーザー（医師・歯科医師・薬剤師会、ケアマネ、介護ステーション等の代表者等）を加えて委員会を組織
- 専門家ワーキンググループで作成、承認

□ 結果

- 東京都緩和ケア連携手帳（都福祉保健局HP）
- 特徴：①患者スタッフ参加型、②教育啓発型、③連携連絡型



③緩和ケア地域連携パス

17

東京都緩和ケア連携手帳

～わたしのカルテ～



□ 教訓

- ニード調査が重要
- 「ユーザーフレンドリー」であることが有用
 - 方針決め・作成時から「ユーザー」に参加してもらう
 - ユーザーからの支援（＝「太鼓判」）を得る

□ 今後の課題

- コストがかかる
- インセンティブが乏しい
- 改定版に向けて、ユーザー（患者家族）へのアンケート調査を検討
・ユーザー（医療スタッフ）・エンドユーザー

④緊急緩和ケア病床の確保



18

□ 現状調査

- P C U 22床（週日はほぼ満床、待機患者10～15名）
- 緊急入院患者300名/月
- 「緊急緩和ケア」の定義はあいまいだが、うち25名/月程度が対象が
- 連携病院リストなし

□ 方針

- これまで通り
 - 主科（前科）担当で主科（前科）病棟に入院
- その代わり
 - 緩和ケア科医師（4名）で毎日オンコール体制
 - 緩和ケアマニユアルの充実、教育サポートの充実化
 - 緊急入院したP C U登録患者は、極力早く転科できるよう対応

□ 結果

- 对患者家族、対主科とのトラブルなし、オンコール登院なし
- 緊急入院後は短期間での死亡退院が多く、P C U転棟の希望も多くない

④緊急緩和ケア病床の確保

19



□ 教訓

- できることを提示して理解・協力を得る
- できる限りのベストをめざす！



□ 今後の課題（山積み）

- 連携登録施設のデータベース化（→ on going）
- 三次救急病院ではないが、「他院での治療終了」患者が紹介状なしでいきなり救急搬送されている状況の改善対策
- 地域病院・施設に対する教育
- 役割分担の明確化

⑤緩和ケア

地域連携カンファレンス

20

□ 現状調査

- 症例ごとの退院前カンファレンスは充実（ある程度顔は見える）
- 各職種に対するオープンな講習会（2回／月）
- 地域の医師会・歯科医師会等に対する定期的な懇親会（2回／年）
- 要件に指定されたような定期的なカンファレンスはない

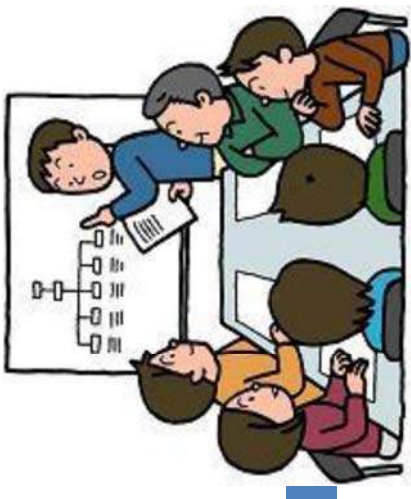
□ 方針

- まずは、「便乗・相乗り」カンファレンスから開始
- アンケートでニーズ調査：何が必要？何で困っている？
- 目標

- 地域の緩和ケアのスキルアップ
- 病院と地域の連携をスムーズにするための共通する土台作り
- 患者の個別性に合わせたスムーズな療養の場の決定

□ 結果

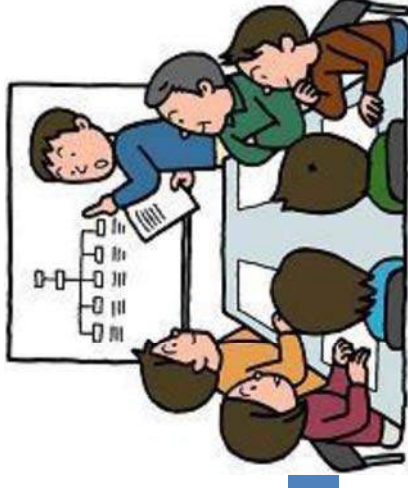
- 毎月「相乗り」カンファレンス
- 10月にシンポジウム、2016.2月に症例カンファレンス開催
- 各地域、職種のニーズ、連携における困難感 分析中



⑤緩和ケア

地域連携カンファレンス

21

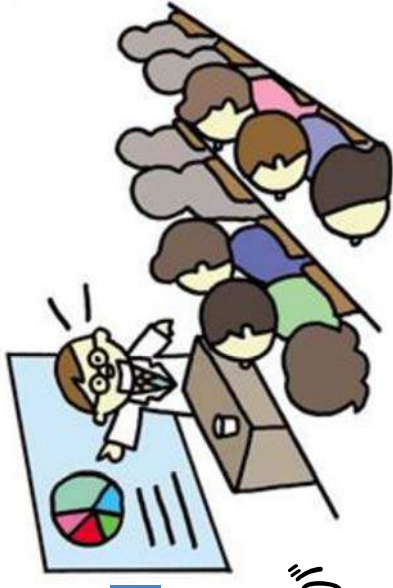


□ 教訓

- まずは、できるところから始める
- やるからには、ニードに合わせて、しっかりと



⑥医療従事者に対する院内研修会等の運営（PEACE研修会等）



22

□ 現状

- がんのみに特化した病院ではないため受講率が上げ止まり

□ 方針

- 役に立つおもしろい講義にし「□□ミ」で拡散
- 各科ごとの受講率を提示、院長名での受講案内配布
- 早めのスケジュール公示、他病院研修会の紹介も手厚く個別指導

□ 結果

- 「強制力」がついて勧誘しやすくなった
- PEACE以外の講習会（緩和ケアリンクナース、緩和ケアジェネラリスト研修）も展開

□ 教訓

- PEACEの新開催指針は「上手に利用」（二時間増・負担増では決してなく、選択肢が増えてよかった！）

まとめ

- 「要件クリア」がうまくいった理由・私達の工夫
- 問題点と今後の課題



「要件クリア」がうまくいった理由 私達の工夫



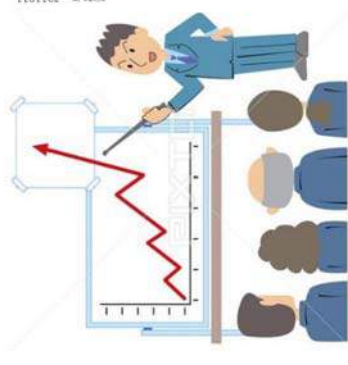
24

1) 現場の二ード調査をしつかり行い、何が必要かを十分検討し、やるべき事から重点的に行う

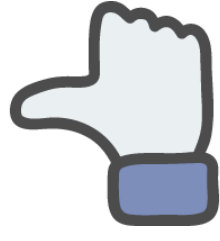
- 必須要件は一律だが、ニーズは地域・病院施設ごとに異なる

2) 行った結果を、①評価・分析、②修正・改善し、③報告をまめに行う

- 成果が重要
- 成果の可視化、明確なメッセージのアピールが重要
 - 幹部会、看護師長会、院内報、電子カルテお知らせ、院内掲示、地区医師会等で、常に活動報告、宣伝、アピールする
 - 学会等で活動報告（緩和医療学会、自治体病院学会等）



「要件クリア」がうまくいった理由 私達の工夫



25

3) 院内組織としての位置づけの保証+PCCの チームワークが重要

■ 病院全体の理解と協力

- 院内幹部の理解、全病院を上げての事業としての取組
 - これまでの委員会・プロジェクトではなく、新しい「task force」としてスタート
 - 「院長賞」として表彰される名誉

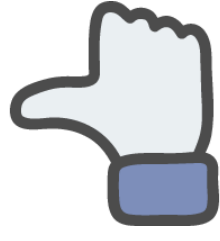


■ PCC主要メンバーのチームワーク

- 専門性・得意分野・性格が重複しないメンバーの総合力
 - GM（超高速回転処理能力）
 - 専属CNS（緩和ケアの高い専門性・信頼感）
 - センター長（PCT・PCUで顔が見えてる）



「要件クリア」がうまくいった理由 私達の工夫



26

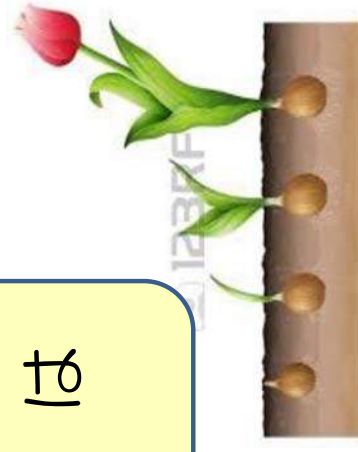
4) 人を育てる、組織を育てる

- ポジティブ・フィードバック
 - できたことを褒める
 - まだできていないことも「こうやったらよくなる」をサポートする
- やる気を育てる、やりがいを育てる



© Can Stock Photo - csp1436666

ひとは、命令されても動かないが
「意味があること・やりがいにつながること」は
自主的に喜んでやれる



問題点と今後の課題

27



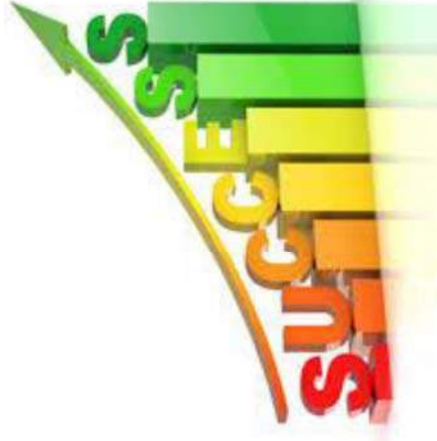
□ 問題点

▣ 都立病院としての縛り

- 縦割り（部署ごとに情報が分散・分断されている）
- 人員不足（ワーク業務が滞る）
- コスト不足

□ 今後の課題

- ▣ リーディングホスピタルとしてさらに
 - 活動の質の改善
 - 情報の発信



まとめ

28



- ピンチをチャンスに！
- 「要件をクリアする」ことがゴールではなく、すべては、患者・家族のために！
ひいては、私達医療スタッフがやりがいある職場となるために！

If you need someone,
We'll be there.



【事前アンケート結果 2015.11】 ジェネラルマネージャーについて

●対象施設数 51（都道府県拠点，群馬，千葉） ●回答者：ジェネラルマネージャー

H27(n=47)	
	n (%) 経験年数平均 (±SD)
●配置状況（N=50） 担当者未定 担当者は決定しているが配置前 兼任または専任として配置済み 専従として配置済み	3(6.0) -
	6(12.0) -
	11(22.0) -
	30(60.0) -
●ジェネラルマネージャーの職務経験	
	17(36.2) 3.3(±1.8)
	12(26.1) 4.8(±3.8)
	10(21.3) 4.0(±2.7)
	43(91.5) 9.0(±6.5) ₁

【事前アンケート結果 2015.11】 ジェネラルマネージャーについて

	H27(n=47)
	n (%)
●ジェネラルマネージャーとして担う役割 (6割以上が該当すると回答した項目)	
●組織づくり	
メンバー間の役割分担の明確化	42 (87.5)
メンバーとともに目標や目的の明確化	41 (85.4)
メンバー間の情報共有のためのカンファレンスの企画・運営	35 (74.5)
●院内関係部門との調整	
苦痛のスクリーニングの実施体制の構築	41 (87.2)
緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動	37 (78.7)
関係する外来や病棟との直接の交渉や調整	34 (72.3)
がん看護外来の設置や運営	34 (72.3)
院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営	32 (68.1)
●緩和ケアに関する情報の収集・評価	
緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握	32 (68.1)
緩和ケアセンターの活動実績等の情報の集計	31 (66.0)

【事前アンケート結果 2015.11】 ジェネラルマネージャーについて

●ジェネラルマネージャーの役割を果たす上での妨げ (そう思う, とてもそう思うと回答した施設)	H27(n=47)
	n (%)
院内の緩和ケア提供体制について十分理解できていない	22(47.8)
GMの役割が不明瞭である	21(45.7)
GMの役割について、院内スタッフに周知することが難しい	18(39.1)
自分自身の緩和ケアに関する知識・技術が不足している	15(32.6)
院内スタッフの緩和ケアに関する知識・技術が不足している	14(31.1)
GMの役割について、病院執行部の理解を得ることが難しい	12(26.1)
緩和ケアセンターのメンバー間で役割分担が不明瞭である	9(19.6)
緩和ケアセンターのメンバー間で協力体制がない	4(8.7)

【事前アンケート結果 2015.11】 ジエネラルマネージャーについて：自由回答

緩和ケアセンター内の工夫

- ・メンバー会議の場を設けることや、各役割の提案など、メンバー全員で取り組む体制をとる（岐阜，三重）
- ・短期間で成果が出ることは早めにデータを集計し、実務担当者に報告することで、改善やモチベーション維持につなげる（高知）

組織全体での工夫

- ・目標達成に向けて、現状に即して段階的にメンバー・関連部署・組織管理者と合意形成をしていく（神奈川）
- ・交渉や調整において、誰に何を働きかけると効果的か、組織の特徴やポジションパワーを考慮して活動する（愛知，広島）
- ・各診療科や既存の関係部署と連携し、役割分担するとともに、良好な関係性を維持する（多数施設）
- ・院内ラウンドを行い、緩和ケアチームが関わっていない患者の困りごとを把握する等、GMの役割を周知する（金沢，愛媛）

地域内での工夫

- ・地域内の連携を意識して、在宅療養支援機関の医療者のニーズを把握するため
4
に会議や研修会等へ参加する（奈良）



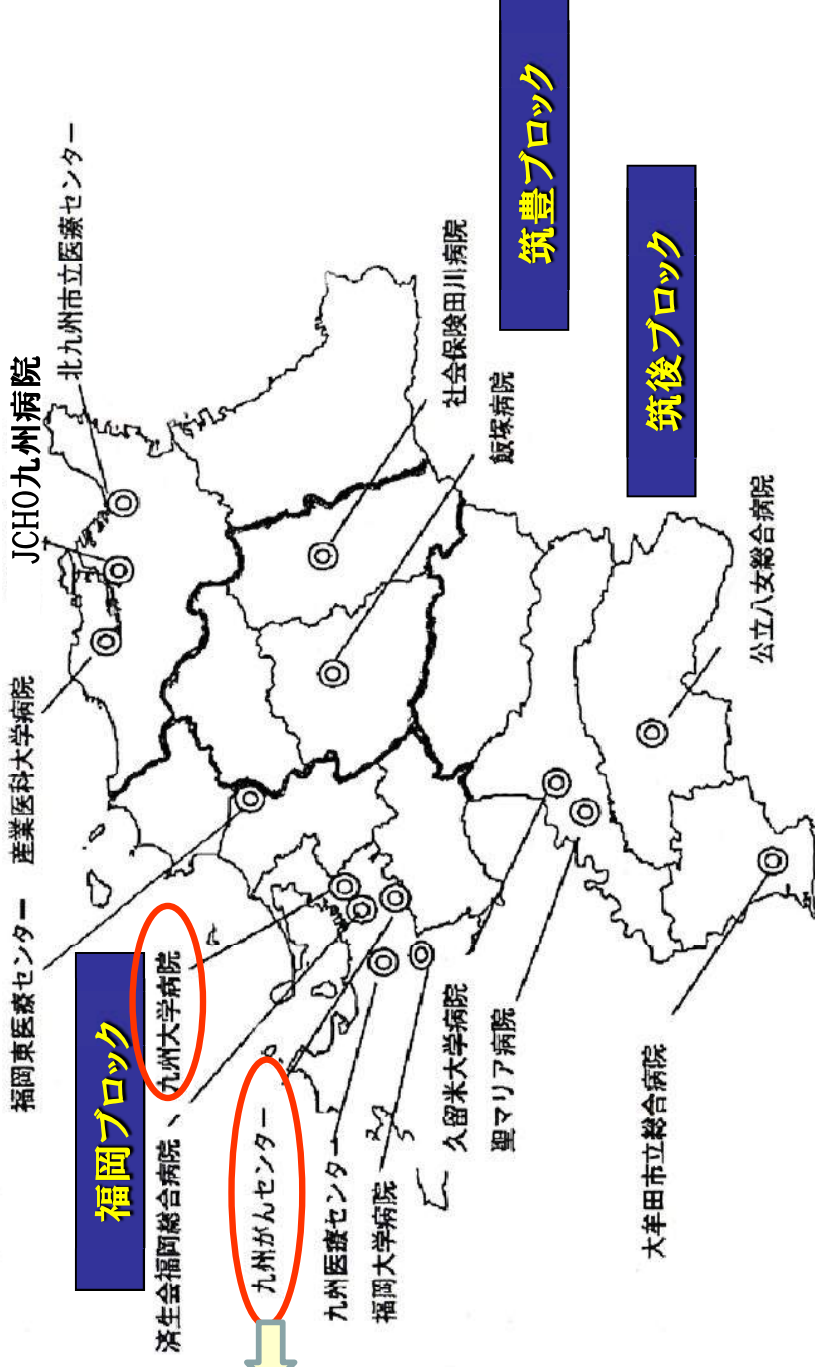
ジェネラルマネジャーの 役割について

国立病院機構 九州がんセンター
緩和ケアセンターセンター

ジェネラルマネジャー(相談支援係長併任) 竹山由子

福岡県の現状

北九州ブロック

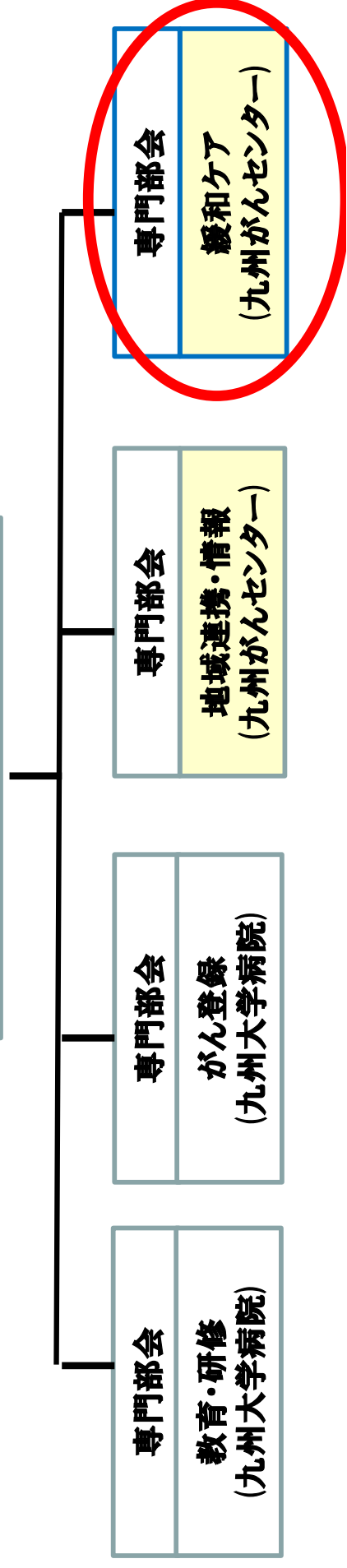


筑豊ブロック

筑後ブロック

- ・411床のがん専門病院
- ・9割ががん患者
- ・緩和ケア病床は有していない
- ・緊急受け入れは通院中の患者のみ

福岡県がん診療連携協議会





ジェネラルマネージャーとは

「がん診療連携拠点病院等の整備について」

緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。

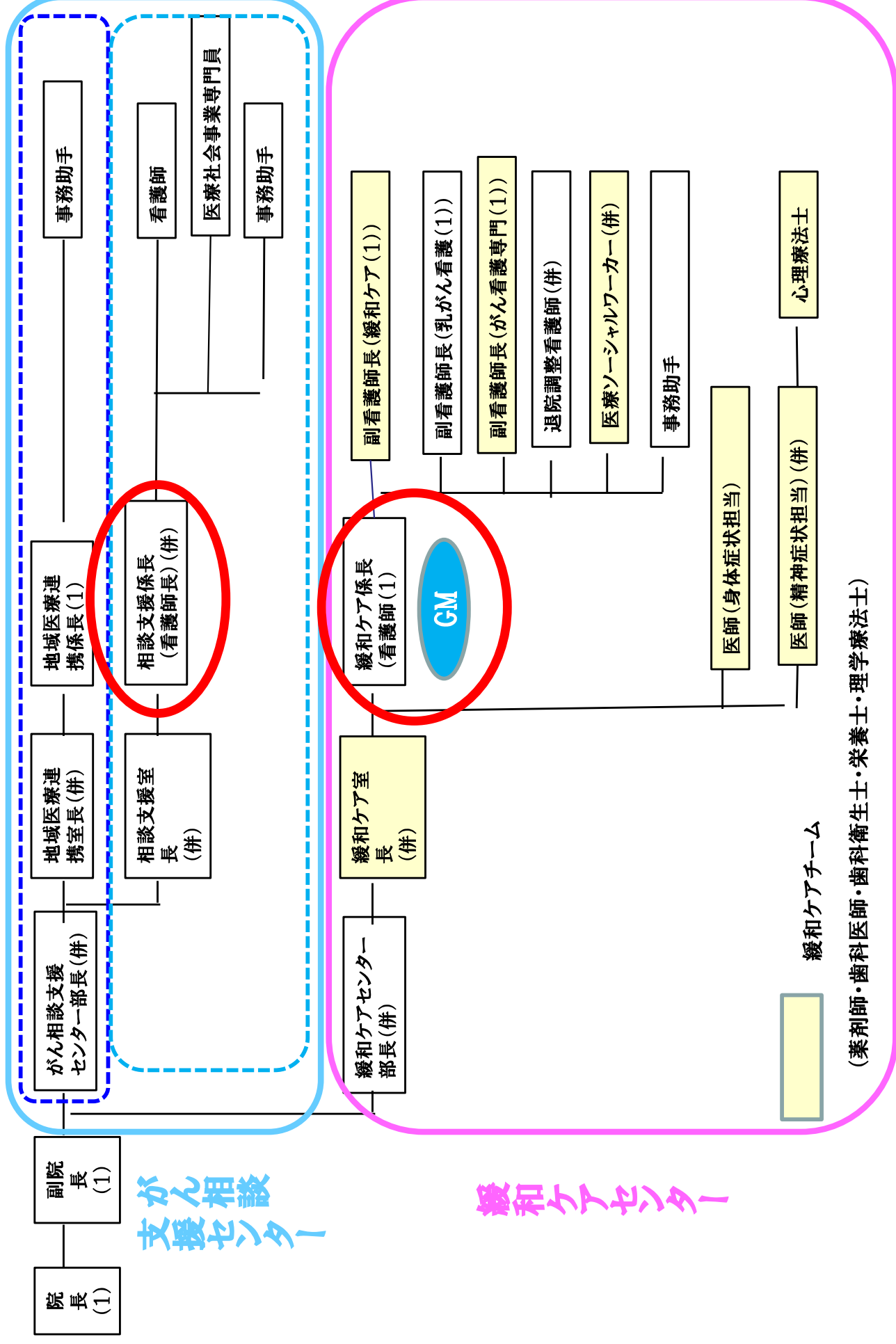
ジェネラルマネージャーは、常勤の組織管理経験を有する看護師であること。  **竹山：院内外のマネジメント・体制づくり**

また、公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師又は緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれかであることが望ましい。 

がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・乳がん看護認定看護師：
ダイレクトケア・スタッフ教育・GMと共同しての体制づくり

九州がんセンターの組織図

(緩和ケアセンター・がん相談支援センター、H28.2.29まで)





主にスタッフの相談、マネジメント、体制づくり

緩和ケアセンター

副看護部長3名

(がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・
乳がん看護認定看護師)

- ・毎日のミーティング(看護師)
- ・毎週のスタッフミーティング
(センター長・室長・身体症状担当医師・心理士
・看護師)
- ・毎月のコアミーティング
(センター長・室長・身体症状担当医師・心理士・事務
・看護師)
- ・入院外来の苦痛のスクリーニングとその対応
- ・各科のカンファレンスへの参加(病棟・外来)
- ・看護外来の運営
- ・看護師への緩和ケア研修の企画
- ・緊急緩和ケア病床についての運用
- ・地域との緩和ケア連絡会議開催
- ・緩和ケア作業部会
- ・緩和ケア管理委員会
- ・研修会の企画・運営
- ・福岡県緩和ケア部会企画・運営
- ・福岡県行政との連携

がん相談支援センター

前方地域連携

がん相談

後方連携

・対外プロジェクト(市民・医療機関・医療従事者・
患者会との連携)

都道府県拠点病院としての相談員の
とりまとめ(連絡会議・研修会の企画運営)

地域連携・情報専門部会相談支援WG

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター



今の仕事内容からみえてきたもの

緩和ケアセンター立ち上げ・がん相談・退院支援・地域連携

- ・がん相談には、標準治療が終わった後の相談、療養場所の選択、これからの不安など、緩和ケアに直結する相談が多い。
- ・退院支援・退院調整は、正に意思決定支援であり、「死」に関することは避けては通れない内容である。
- ・地域連携⇒開業医の先生方が抱えているがん患者さんに対する困りごと。「緩和やってよ。痛みや終末期の入院対応」



緩和ケアセンターの役割

- ・苦痛患者の拾い上げ
- ・がん看護カウンセリング(がん看護外来)の実施
- ・看護カンファレンス
- ・緩和ケア研修の実施
- ・院内でのカンファレンスの開催

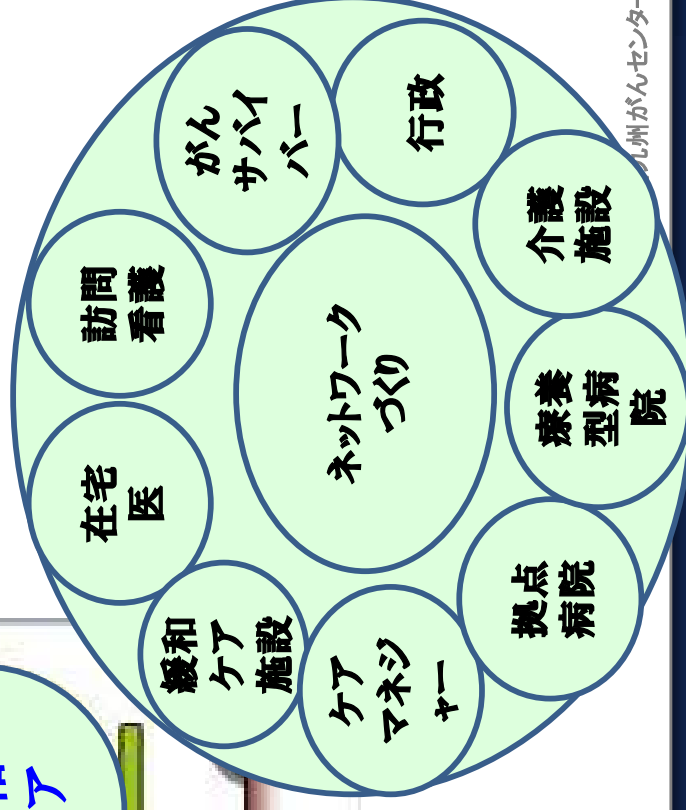
自施設の緩和ケア

- ・緊急緩和ケア病床の確保
- ・緊急受け入れの体制づくり
- ・各診療科とのカンファレンス
- ・地域とのカンファレンス・連携
- ・相談支援センターとの連携
- ・緩和ケア研修の企画・運営
- ・マンパワーの確保
- ・病院幹部との交渉

地域の緩和ケア

拠点病院の役割

- ・福岡県緩和ケア部会の立上
- ・拠点病院内での認識の共有とPDCAサイクルの確保
- ・WGを立ち上げ、緩和ケアパスなどの作成を行う
- ・拠点病院相互チェックの体制整備
- ・地域の実情把握
- ・地域との緩和ケア研修会





ジェネラルマネージャーとして院内で強化したいこと 緩和ケアへの理解を深める

1. 苦痛のスクリーニングの活用

(アドバンス・ケア・プランニング (ACP):

あなたの気持ちの確認用紙)

①病棟

- ・患者へのフィードバックができていない。
- ・看護師がどう対応しているかわからず、患者の気持ちを聞くことができない。
- ・医療者間で共有できていない。
- ・I.Cにどのように活用していくか。

ACPの用紙に記載してくれている患者さんの思いをしっかりと医療者が受け止め、患者・家族と思いを共有していくために、院内全体で議論を深めていきたい。



ジェネラルマネージャーとして院内で強化したいこと： 緩和ケアへの理解を深める

②外来

（化学療法の患者を対象に、曜日限定の導入である。）

- ・全患者にどのように拡大していくか。
- ・新病院への移転で体制がかわることや、マンパワーの問題もあり、外来看護師の協力が得られにくい。
- ・医師からの声

苦痛の拾い上げやその対応など非常に助かっている。新患の患者など不安が強いので、どんどん拡大してほしい。

スクリーニング用紙に関係なく、患者家族が自ら相談できる体制、
医師や外来看護師が気軽に依頼できる体制をどのように創り上げていくか。
問題となるマンパワーの確保をどうしていくかが課題である。



ジェネラルマネージャーとして院内で強化したいこと 緩和ケアへの理解を深める

2. 疼痛アセスメントシートの活用

(緩和のクリティカルパスとして使用)

- ・電子カルテに切り替わり、疼痛アセスメントシートの記載が不十分
- ・医師と看護師間での共有ができていない
- ・院外への情報提供ができていない

3. 意思決定支援

(特に緩和ケア主体への移行時のチーム医療の困難さ)

- ・患者、家族、主治医、病棟看護師、退院調整担当者、院外医療スタッフのギャップ



ジェネラルマネージャーとして院内で強化したいこと: 緩和ケアへの理解を深める

4. 病棟や外来の連携強化

院内での統一したケアの提供:カンファレンスの充実

5. 緊急緩和ケアへの理解を深める

24時間365日入院受け入れの体制が可能なのか。

＊緩和ケア連絡会議での在宅支援診療所の医師の声

(新患は、平日の時間内の受け入れからスタートすることを提示)

⇒そもそも緊急の受け入れではないですね。

地域のニーズに応えていくために、当直体制や緊急時の受け入れ体制など病院全体での意識の統一を図っていく必要がある。



地域でのジェネラルマネージャーの役割 ネットワークづくり

- ・ 院内と院外の医療者の認識のずれの解消
- ・ 拠点病院ー在宅支援診療所ー緩和ケア施設の連携強化
- ・ 地域のネットワークづくり
(在宅支援診療所・訪問看護ステーション・緩和ケア施設・診療所・薬剤師・歯科医・ケアマネジャー・包括支援センター・介護施設・調剤薬局・がんサバイバーなど)



福岡県においてのジェネラルマネージャーの役割

- ①福岡県全体で、緩和ケアに対する相談窓口の周知
- ②福岡県内での緩和ケアの均てん化
- ③拠点病院間の相互チェック体制の整備
- ④行政との連携
- ⑤地域の医療従事者と拠点病院スタッフの共同研修会の開催
- ⑥市民への啓発活動
- ⑦福岡県内の緩和ケアに関する研修会やネットワークの見える化
- ⑧患者サロンの充実



ジェネラルマネージャーの役割(竹山私見)1

- ・ がん相談支援センターと緩和ケアセンターの業務内容を切り離すことは難しい。
- ・ 都道府県拠点病院の緩和ケアセンターは、県全体の緩和ケアの推進を視野に入れて活動していく必要がある。
- ・ がんの専門看護師や認定看護師の役割とマネジメントする管理者の役割を分けてもいいのではないか。

九州がんセンターでは、
「緩和ケアセンター」と「がん相談支援センター」を統合して、
「患者・家族支援センター」ユニットを開設し、
がん患者・家族支援を更に充実させていく予定。

ジェネラルマネージャーの役割(竹山私見)2

- ・ 自施設の緩和ケアの充実はもちろんのこと
- ・ 患者さんにとっての最善の緩和ケアが提供できるように地域で考え連携し
- ・ 福岡県のどこに住んでも、安心して暮らせる社会を県民みんなで創っていく



がんサバイバーとも力を合わせ、行政を巻き込み、
福岡県全体のネットワークを創っていけるように、
まずは拠点病院で力を合わせることでないでしょうか。



九州がんセンター新病院 2016年2月27日オープン



家族の
気持ちを
大切に

初代院長 入江重雄 著
私たちは「病む人の気持ちを」そして「家族の気持ちを」尊重し
添え、思いやりのある、最良のがん医療をめざします。

家族の
気持ちを

初代院長の書

ご清聴ありがとうございました。

2代院長の書

【事前アンケート結果 2015.11】 苦痛のスクリーニングについて

●対象施設数：51（都道府県拠点，群馬，千葉）

●回答者：実務担当者

	H27(n=50)
	n (%)
●実施状況	1(2.0)
全く行っていない	5(10.0)
実施に向けて調整中	33(66.0)
限られた部門で実施	11(22.0)
施設全体で実施	

	外来	入院
	n (%)	n (%)
●外来の実施場所	29(67.4)	22(53.7)
限られた部門で実施	14(32.6)	19(46.3)
すべての外来部門で実施		

●外来の実施タイミング	受診のたび	8(20.0)
	初診時など決められた時点	28(70.0)
	医療者の判断	4(10.0)
	その他	0(0.0)

【事前アンケート結果 2015.11】 苦痛のスクリーニングについて：自由回答

看護師によるフォローアップ体制の工夫

- ・ リンクナースを活用した周知や、タイムリーな対応体制の整備（北海道，駒込，宮城，神奈川，奈良，岡山，長崎）
- ・ 認定・専門看護師によるフォローアップ体制の整備（岩手，鳥取，九が
ん）
- ・ 運用開始時はセンター看護師がスクリーニングを担当し、徐々にスタッフへ役割を移行し、ポジティブフィードバックを行った（高知）
- ・ がん告知前の予防的介入目的の使用が有用であることが分かり、初診前の看護師面談を実施（兵庫）

業務の効率化に関する工夫

- ・ 県内で統一した方法を実施するためのワーキンググループの設置（宮
城）
- ・ 非がん患者も使用可能なスクリーニングシートの作成（熊本）
- ・ 電子カルテやタブレット末端を活用した業務の効率化（青森，岩手，が
ん研，福井，奈良，沖縄，千葉）
- ・ 集計担当事務員の雇用（滋賀）

平成27年度厚労科研補助金 がん対策推進総合研究事業
「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立と
スクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」

スクリーニング・トリアージプログラム を全国に普及するための研究

主任研究者 木下寛也（国立がん研究センター東病院）

分担研究者

明智龍男（名古屋市立大学大学院）

木澤義之（神戸大学大学院）

森田達也（聖隷三方原病院）

研究協力者

奥山徹、内田恵（名古屋市立大学大学院）

白土明美（聖隷三方原病院）

島田麻美（神戸大学大学院）

厚生労働省による緩和ケア施策

- ◆がん対策推進基本計画
 - ◆がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から実施される必要がある
- ◆新たながん診療提供体制
 - ◆がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと
- ◆がん診療連携拠点病院の認定要件

苦痛のスクリーニング

- ◆ がん患者における身体的・心理社会的苦痛の頻度は高く、患者の生活の質を損なう
- ◆ 苦痛は過小評価され、適切に対処されていない
- ◆ スクリーニングだけでは、患者アウトカムは改善せず、その後のトリアージが重要
- ◆ がん診療連携拠点病院等における、苦痛のスクリーニングの実態は明らかではない

適切な緩和ケア提供の障害

患者

医師

つらさを医師に伝える事が出来るか

患者のつらさを聞き出せるか



つらさをうまく対処出来るか

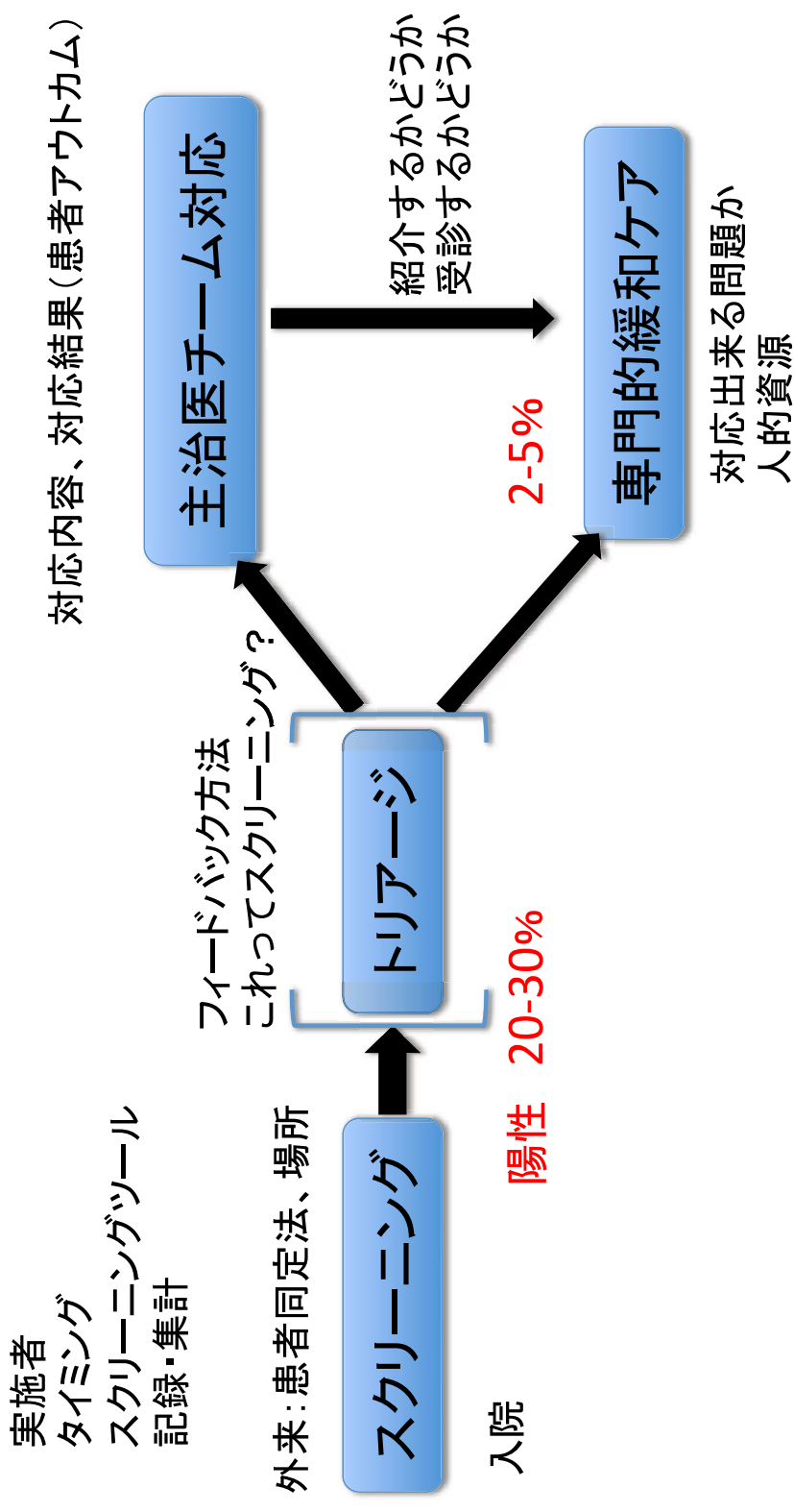
患者のつらさに対応出来るか



緩和ケアに対する抵抗感はないか

緩和ケアの専門家に相談出来るか

緩和ケアの専門家の技能・人材



効果（患者アウトカム）、主治医・スクリーニング実施者からみた有効性
人的資源、継続フォローアップ、院内（主治医）のコンセンサス

目的

- ◆がん診療連携拠点病院における苦痛のスクリーニングについて、実態調査を行う
- ◆その結果をもとに、改善点の提言及び普及の方策を策定する

今回は中間報告

対象

- ◆ 全がん診療連携拠点病院 422施設

方法

- ◆ 緩和ケアチーム責任者宛てに郵便でのアンケート票実施
- ◆ アンケートは既存研究のレビューと、研究班班員や外部の緩和ケアを専門とする医療者によるブレインストーミングで作成
- ◆ 督促は2週間毎に計4回実施
- ◆ 拠点病院現況報告データと連結

結果：施設背景など

- ◆回答率 379/422 (90%) (拒否10件、無反応33件)
- ◆施設背景

		施設数	%(N=379)
施設種別	都道府県拠点病院	45	12
	がん診療連携拠点病院	315	83
	地域がん診療病院	18	4
	特定領域がん診療連携拠点病院	1	0
	平均		標準偏差
病院規模	病床数	580	230
	がん登録件数	1,443	1,321
	年間入院がん患者数	3,044	1,996
	年間外来がん患者数	55,331	47,097
	年間死亡がん患者数	218	186

結果：スクリーニング実施状況

- ◆ 入院、外来とも実施：253(67%)
- ◆ 入院のみ：49(13%)、外来のみ：31(8%)
- ◆ 全く実施していない：46(12%)

		外来% (N=379)	入院% (N=379)	2017年 外来%	2017年 入院%
実施状況	実施していない	25	20	-	-
	限られた少数(25%以下)	43	24	38	20
	半数以下(26-50%)	7	8	18	17
	半数以上(51-75%)	6	8	15	14
	大多数(76-99%)	8	19	12	24
	すべて(100%)	10	21	8	21
タイミング	定期的	13	45	-	-
	時期を決めて	28	14	-	-
	医療者の判断で	15	11	-	-
実施期間	1年未満	51	50	-	-
	1-3年	18	19	-	-
	3年以上	5	10	-	-

結果：スクリーニングツール（重複回答あり）

		外来(%) N=284	入院(%) N=302
ツール	生活のしやすさに関する質問票	50	46
	ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)	6	7
	POS (Palliative Outcome Scale)	0	0
	STAS (Support Team Assessment Schedule)	29	32
	DT (Distress Thermometer)	0	1
	つらさと支障の寒暖計	22	21
	DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)	0	0
	MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)	1	1
	5th Vital Sign	0	1
	その他、または独自ツール	40	37
媒体	電子媒体	20	24
	紙媒体	75	63
	□頭	17	22

結果：マニユアル

◆あり 221施設

◆公開可 62施設

結果：スクリーニングに関するルール

◆スクリーニング実施 333施設対象

	はい(%)
問題に対応できる部署へ紹介できる	77
陽性であった場合、まず主治医・担当看護師が問題を詳細に評価	74
詳細な評価をせずに陽性患者全例に対応できる部署へ紹介	16
陽性であった患者が、その後どうなったかをフォローアップ	40
スクリーニングについてカルテなどに記録を残す	75
スクリーニングの結果がコンピュータ上で管理、統計学的に把握	35

結果：スクリーニングの意義

◆スクリーニング実施 333施設対象

	そう 思わない (%)	どちら でもない (%)	そう 思う (%)
患者と主治医・担当看護師のコミュニケーションを促進する	8	30	63
患者の身体的苦痛を見つけることに役立つ	2	12	86
患者の心理社会的苦痛を見つけることに役立つ	3	14	83
より適切に患者の苦痛に対応することに役立つ	3	24	73
患者の苦痛に対応できる専門部署と主治医・担当看護師の連携を促進する	5	31	64
日常臨床で行うには時間がかかりすぎる	19	39	43
全体的にみればスクリーニングは有用である	8	25	68

結果：実施しての経験

◆スクリーニング実施 333施設対象

	よくある／とてもよくある(%)
患者が記入しただけ	8
記入の方法を説明するのに時間がかかる	24
「つらさの程度を数値で表現できないので回答が難しい」と言われる	24
患者に認知症があって実施困難である	15
患者に精神疾患があって実施困難である	6
スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない	24
スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある	36
スクリーニングされた結果が、すぐ変わる	8
スクリーニング用紙に回答することで、患者の不安が増す	1
患者が医療者に遠慮して、本当の心配事は書いていない	5
陽性の患者に社会資源サービス(相談など)を紹介しても利用しない	10
陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	12
陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	18

結果：スクリーニング実績

◆スクリーニング実施 333施設対象

	(月当たり) 平均値 中央値 回答施設数	外来 N=284	入院 N=302
のべ実施件数		93 25 N=199	175 50 N=211
何らかの項目で陽性となる件数		26 7 N=173	59 15 N=188
スクリーニングの結果緩和ケアチーム 依頼となった件数		3 1 N=186	6 3 N=211

結果：スクリーニング実績（施設種別）

平均値 中央値 回答施設数	都道府県がん診療 連携拠点病院(49)		がん診療連携 拠点病院(352)		地域がん診療連携 拠点＋特定領域病 院(20+1)	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院
のべ実施件数	270 110 (N=24)	697 100 (N=21)	72 23 (N=164)	124 60 (N=179)	16 9 (N=10)	17 10 (N=10)
何らかの項目で 陽性となる件数	71 40 (N=25)	235 30 (N=20)	20 6 (N=139)	39 15 (N=159)	9 2 (N=8)	11 10 (N=9)
緩和ケアチーム 依頼となった件 数	7 2 (N=25)	10 3 (N=23)	2 1 (N=152)	6 4 (N=179)	1 0 (N=8)	8 2 (N=9)

◆対象者の20-30%が陽性

◆緩和ケアチーム受療となる患者は2-5%程度

結果：スクリーニングの障害 記述統計

全施設対象 N=379		そう 思わない	少し そう思う	そう 思う
病院長など病院執行部の理解が得られない		76	16	8
診療科・主治医の理解が得られない		39	40	21
看護部・看護師の理解が得られない		52	35	13
スクリーニングの責任者が明確となっていない		58	27	16
スクリーニングのための人員が不足している		14	30	56
円滑かつ効果的な実施方法の知識がない		23	47	30
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がない		41	40	20
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない		39	39	22
スクリーニングについて、院内で周知することが難しい		23	41	37
手順書(マニュアル)がない		64	21	15
スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい		20	34	46
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならない		61	20	19
スクリーニングについて、IT技術を活用できない		44	32	24
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められない		63	25	12
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められない		45	36	19
スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサスを得ることができない		35	43	22
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がない		58	27	15
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない		41	38	21
スクリーニングに関するインシデント・アクシデントの懸念がある		77	19	5
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい		34	42	24

結果：スクリーニング実施の関連因子

- ◆ 外来・入院とも26%以上の患者をスクリーニングできている施設を「実施施設」と定義

	実施 (N=104)		非実施 (N=275)		P値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
病床数総数	579	215	580	235	.97
院内がん登録数	1,457	831	1,438	859	.85
年間外来がん患者数	56,989	43,583	54,702	48,275	.67
年間新入院がん患者数	3,085	1993	3,028	2,001	.81
年間院内死亡がん患者数	222	131	216	142	.70
年間PCT新規依頼件数	154	137	142	135	.48

- ◆ 病院種別、拠点病院要件などにも差なし

結果：スクリーニング実施の関連因子

全施設対象 N=379		実施% (N=104)	非実施% (N=275)	P値
病院長など病院執行部の理解が得られない		5	9	.29
診療科・主治医の理解が得られない		22	21	.89
看護部・看護師の理解が得られない		10	15	.30
スクリーニングの責任者が明確となっていない		5	20	<.01
スクリーニングのための人員が不足している		40	62	<.01
円滑かつ効果的な実施方法の知識がない		17	35	<.01
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がない		10	23	<.01
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない		11	26	<.01
スクリーニングについて、院内で周知することが難しい		24	42	<.01
手順書(マニュアル)がない		2	20	<.01
スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい		33	51	<.01
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならない		12	22	.03
スクリーニングについて、IT技術を活用できない		21	25	.49
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められない		5	15	.01
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められない		14	21	.14
スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサス得られない		13	25	.02
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がない		7	18	<.01
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない		13	24	.02
スクリーニングに関するインシデント・アクシデントの懸念がある		2	6	.17
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい		23	25	.69

NCCN guideline Version 1.2016 Palliative care

Palliative Care Screening

The primary oncology team should screen all patients at every visit for one of more of the following: 1) unmanaged symptoms; 2) moderate to severe distress related to cancer diagnosis and therapy; 3) serious comorbid physical, psychiatric, and psychosocial conditions; 4) life expectancy of 6 months or less; 5) metastatic solid tumors; 6) patient or family concerns about the course of disease and decision-making; and/or 7) patient or family requests for palliative care. Patients who meet these screening criteria and those who make a specific request for palliative care should undergo a full palliative care assessment.

Patients who do not meet these screening criteria should be re-screened at the next visit. In addition, the oncology team should inform patients and their family members about palliative care services. Anticipation of palliative care needs and prevention of symptoms should also be discussed, and conversations regarding advance care planning should be initiated.

Palliative Care Assessment

Patients who meet screening criteria (see above) should undergo a comprehensive palliative care assessment by their primary oncology team evaluating the benefits and burdens of anticancer therapy; physical symptoms; psychosocial or spiritual distress; personal goals, values, and expectations; educational and informational needs; and cultural factors affecting care.⁶⁻⁸



高知大学
Kochi University

国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター 主催
2015年12月7日 (月)

第3回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会

3) 苦痛のスクリーニングについて

2. 外来での取り組み紹介

高知大学医学部附属病院
がん治療センター・緩和ケアセンター
ジェネラルマネージャー

北川 善子

高知大学医学部附属病院 概要

- 高知県南国市
- 病床数 613床
- 平均在院日数 15.8日 (平成27年)
- 1日外来患者数 約1,000人
- 年間外来がん患者数 (のべ)
32,647人 (平成28年)
- 外来化学療法室 14床
- がん登録 約1,500人/年
- 緩和ケアチーム紹介件数
78件 (平成27年4~11月)



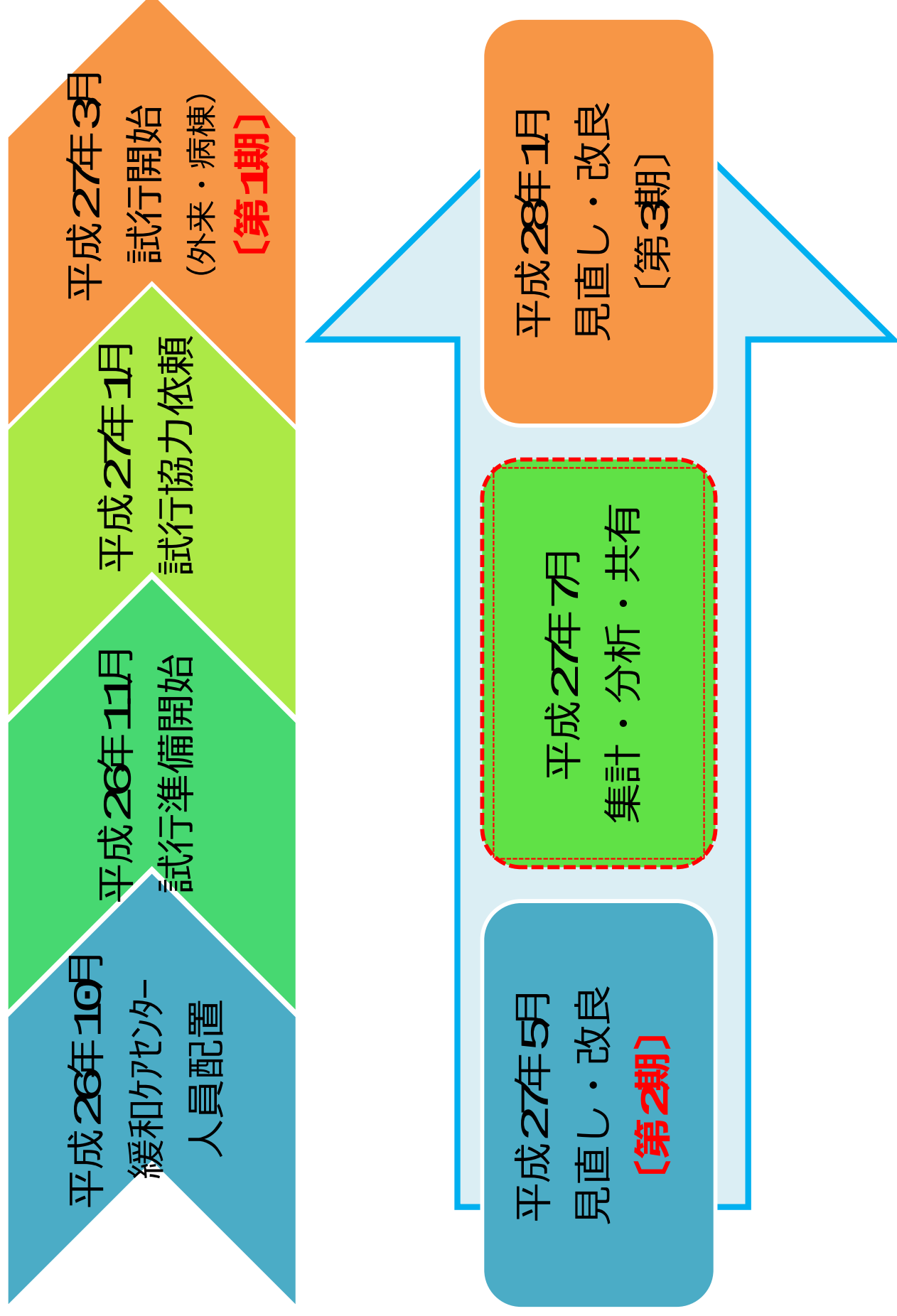
緩和ケアセンター 構成メンバー

- センター長 1名 (がん治療センター長)
- ジェネラルマネージャー 2名
(リエゾン精神看護専門看護師，がん看護専門看護師)
- 医師 3名 (緩和ケアチーム専任医師など)
- 看護師 2名 (緩和ケア認定看護師，がん看護専門看護師)
- 薬剤師 2名
- 医療ソーシャルワーカー 1名 (地域医療連携室所属)
- 歯科医師 1名，歯科衛生士 1名
- リハビリテーション部 4名
- 管理栄養士 1名 など

紹介内容

1. 外来での導入プロセス
2. スクリーニング対象や実施時点，実施場所
3. 外来運用フロー，スクリーニング結果
4. 集計データの管理
5. 誰が何を担い，実施できるようになったか
6. 苦痛のスクリーニングの有効性
7. スクリーニングによるメリット
8. 今後の課題

1 外来での導入プロセス



2 スクリーニング対象や実施時点、実施場所

- 対象：外来化学療法を受ける乳がん患者
- 実施時点：外来診察前
- 実施場所：外来
- スクリーニング準備（外来前日）
 - ① 外来看護師：対象者を確認し、質問票を準備する
 - ② POCNS: ①をサポートし、化学療法室スタッフに
対象者を知らせる
- スクリーニングツール：「生活のしやすさに関する
質問票 浜松版」を参考に作成した当院版を使用
- スクリーニング間隔：化学療法各コース初回（day1）

対象患者が来院

・外来化学療法予定で受診した乳がん患者

看護師がエンボス・医療者チェック項目を記入
チェック項目：治療状況、前回の投与日、レジメン

患者に質問票を渡す

自己記入困難な場合は、家族または看護師が記入

※ 使用が困難な場合は、無回答はしない

※ 記入を希望しない患者には、スクリーニングは行わない
(2枚目の問診票は記載してもらってください)

質問票を回収し、記載内容を確認

スクリーニング陽性
専門チームへの相談希望あり

担当医師へ報告し、
希望する担当者へ電話連絡
□ エンボス欄の紹介に✓

*がん看護外来

*緩和ケアチーム
(依頼方法に当たって)

*MSW

外来
□ リーフレット
で専門チーム
紹介

外来化学療法室

□ 症状確認
□ 観察
□ 必要時、ケア実施

スクリーニング実施で困ったことがあれば、
緩和ケアセンターNsが対応する。

スクリーニングを実施した看護師が電子カルテ(テンプレート)へ入力

※ 化学療法中止の場合は、外科外来で回収・入力。

※ 化学療法実施の場合は、外来化学療法室で回収、緩和ケアセンター看護師が入力。

(質問票は緩和ケアセンター看護師が回収・集計)

外科外来で質問票を渡す

質問票回収し、内容確認する
診察時に対応する

陽性、
介入希望あり

がん看護外来
緩和ケアチーム

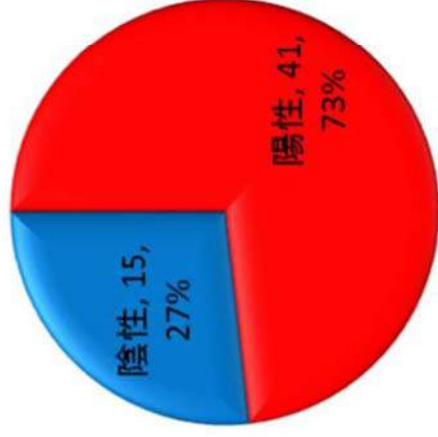
連携

外来・化学療法室Nsによる
観察・ケア

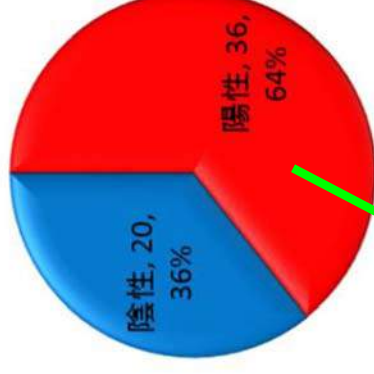
スクリーニング結果①

- 期間：2015年5月～7月
- 対象数：56名
- スクリーニング回数（のべ）：135回

1. スクリーニング結果 n=56 2. からだの症状 n=56 3. 気持ちのつらさ n=56



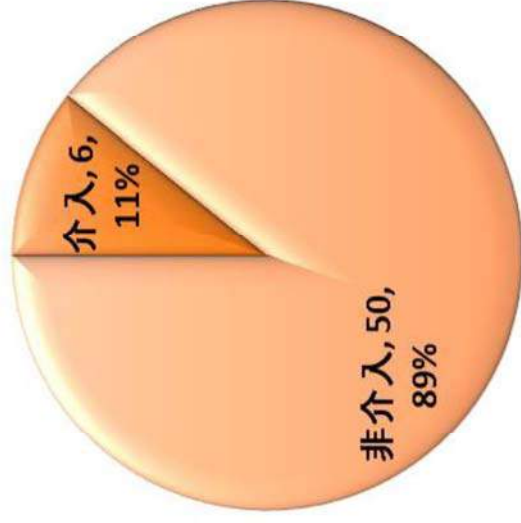
疼痛 しびれ
食欲不振 倦怠感など



気分の落ち込み 気持ちの焦り
精神症状（精神疾患悪化を含む）

スクリーニング結果②

5. ④専門チーム：実際に介入した



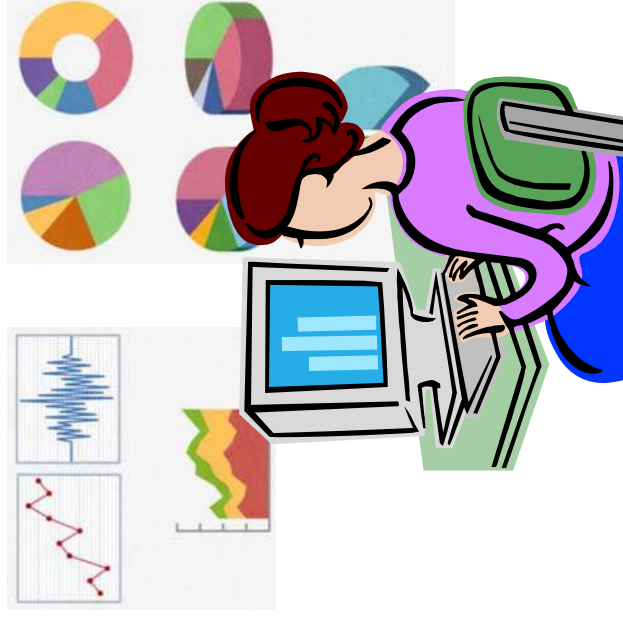
〔介入担当内訳〕
がん看護外来：3人
緩和ケアチーム：2人
MSW：1人

- 導入当初と同様に「介入希望」はあるが、診察・外来での対応によって、実際の介入には至らないケースが複数あった
- 患者の回答や反応から、
 - 質問票を介して、主治医や看護師とコミュニケーションが図れる
 - 診察時にタイムリーに対応してもらえる
などが、症状緩和や不安軽減につながっている可能性がある」と捉えられた

スクリーニング目的のひとつ
「基本的緩和ケアの提供」の
実践・結果

4 集計データの管理

- 記録：看護師が専用テンプレートに入力する
- 記録データは医療用DWH (データウェアハウス)と接続している
- 電子カルテ上で、欲しいデータを検索・抽出できる



5 誰が何を担い，実施できるようになったか

今年3月：運用開始時

- 外来業務に支障をきたすことなく、スタッフの抵抗感が少なく導入できるように、緩和ケアセンター看護師がスクリーニングを担当した
- 運用を進めながら、スタッフとコミュニケーションを密にし、患者に関する情報共有を通して連携を深めた

今年5月：見直し・共有・改良

- 外来看護の変化を含め、スクリーニング関連データは短期間（1～3ヶ月間隔）でスタッフや看護師長、看護部、外来担当医に報告・フィードバックするようにした
- 見直し・改良では、スタッフの意見を積極的に採用した

現在

- 外来看護の一環としてスクリーニングを実施し、気になる患者にかかわる 看看連携など、外来での看護展開に変化が起きている

6 苦痛のスクリーニングの有効性

患者-医療者 コミュニケーションの円滑化

- 質問票をツールとして用いることで、コミュニケーションが図りやすくなってきている
- 症状や不安を表出することが苦手・難しい患者のなかには、質問票を活用して心身のつらさや生活の困り事を伝える方もいる
- 質問票を介した基本的緩和ケアの提供が、通院治療継続支援につながっている

7. スクリーニングによるメリット

医療者のスクリーニングスキルの向上

- 外来：質問票回答や様子の変化に気づく
声をかける 見守る
- 化学療法室：看護記録の変化（患者像やケアがみえる）
- 医療者間コミュニケーションの促進
- スクリーニングを継続していくことで、専門的
緩和ケアが必要な時期（病状進行に伴う苦痛症状、
抗がん治療中止等）を逃さぬように、医療者で連携し
て対応していく体制づくりにつなげられるのではないか

8 今後の課題

- 対象条件の見直し（拡大）
- アウトカム指標の検討・設定・評価
- スクリーニングツール（質問票）の見直し
- 記録・データ集計方法の見直し
- 緩和ケアセンタースタッフのスキルアップ
- 人員不足に対する方策
- その他

熊本大学医学部附属病院緩和ケアセンターにおける

苦痛のスクリーニング

～入院での取り組み～

熊本大学医学部附属病院

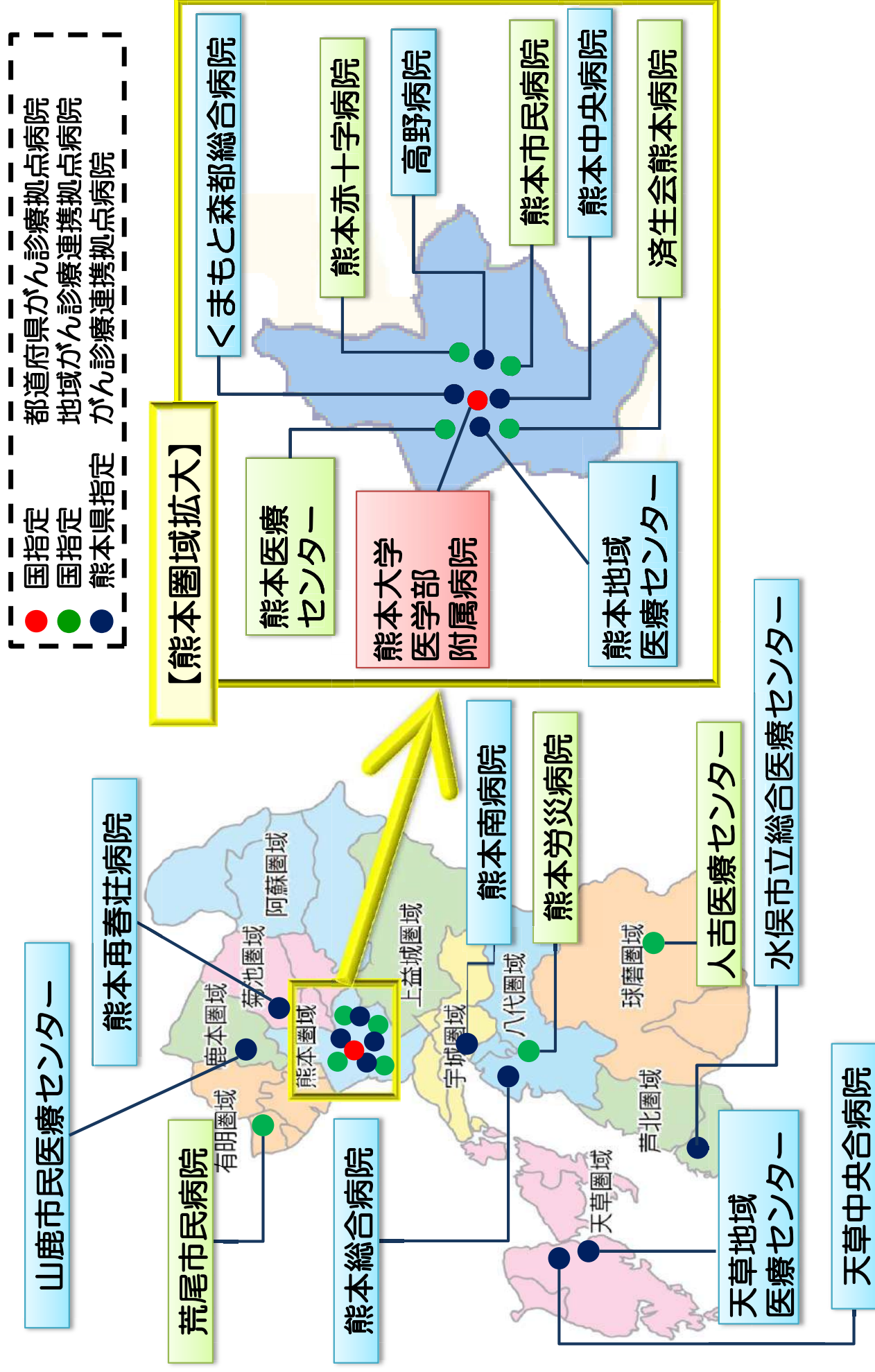
緩和ケアセンター

吉武 淳・山本達郎

2015(平成27)年 12月7日 東京

熊本県内がん診療連携拠点病院

H 2 6 5 0 1 現在



ご紹介する内容

1. Ple
2. Do

1

1

1

1

0

1

1

A

1



全てのがん患者に
苦痛のスクリーニングの

Plan

導入プラン

2014年	
2～3月	スクリーニングシートの作成
4月	3病棟(5診療科)・外来化学療法室で試験運用 説明会
5～7月	2病棟(3診療科)・外来化学療法室で試験運用 開始
8月	スクリーニングシートの改定
8～12月	試験運用の継続
2015年	
1～2月	スクリーニングシートの決定 外来師長との運用方法協議
3月	各診療科及び看護部へのスクリーニングの広報
4月	本運用開始 緩和ケアチーム協力員合同会議で検討維持

当初作成したスクリーニングシートは、結果的にほとんど別内容に改善・変更した。

本運用のスクリーニングシート 外来化学療法室用のシート

本運用したスクリーニングシート

外来化学薬物のシート

DO

どの患者に如何にして配布するか？

- スクリーニングの対象者：
入院前の全がん患者（確定診断前の悪性腫瘍疑いを含む）
- 外来ブロック(A～M)の診療科別にがん患者を選定
- 「入院のしおり」と「問診票」と、セットでの配布。
- 全診療科において小児は対象者外。

緩和ケアスクリーニングの対象者：全がん患者（確定診断前の悪性腫瘍疑いを含む） 緩和ケアスクリーニング用紙配布の対象者：外来ブロックの診療科別にがん患者を選定			
ブロック名	診療科名	診療科グループ名・ がん・がん疑い診断はその他	スクリーニング用紙 配布対象者
A	循環器内科	—	×
	心臓血管外科	—	×
	総合診療科	—	×
	神経内科	—	×
B	麻酔科	—	×
	整形外科	—	×
	—	—	×
	—	—	×
	脳神経外科	脳腫瘍G 脳血管障害G 機能性脳神経外科G(パーキンソン等) 顔面神経・三叉神経・てんかんG 脊髄・脊髄・小児・奇形G	○ ×
	小児外科	—	×
	移植外科	—	×
	小児科	—	×
D	代謝・内分泌内科	—	×
	病理診断科	—	×
	乳腺・内分泌外科	—	×
	—	—	×
E	膠原病内科	—	×
	腎臓内科	—	×
	血液内科	—	×
	—	—	×
F	呼吸器内科	—	○
	消化器内科	—	○
	呼吸器外科	—	○
	消化器外科	—	○
G	皮膚科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	○
	形成・再建科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	○
	歯科口腔外科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	×
	—	—	×
I	眼科	—	×
	耳鼻咽喉科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	○
	泌尿器外科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	×
	—	—	×
K	婦人科	—	○
	産科	—	×
	泌尿器科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	○
	—	—	×
L	泌尿器科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	○
	画像診断・治療科	がん・がんの疑い 上記以外の疾患	×
	—	—	×
	—	—	×
M	神経精神科	—	×

シート回収・チェックと陽性者対応

1. 入院時にシートを確認

- 病棟看護師がチェック
電カルにスキャン依頼
記載を強制しない
患者の説明希望内容に
よっては、直ちに主治医に
報告

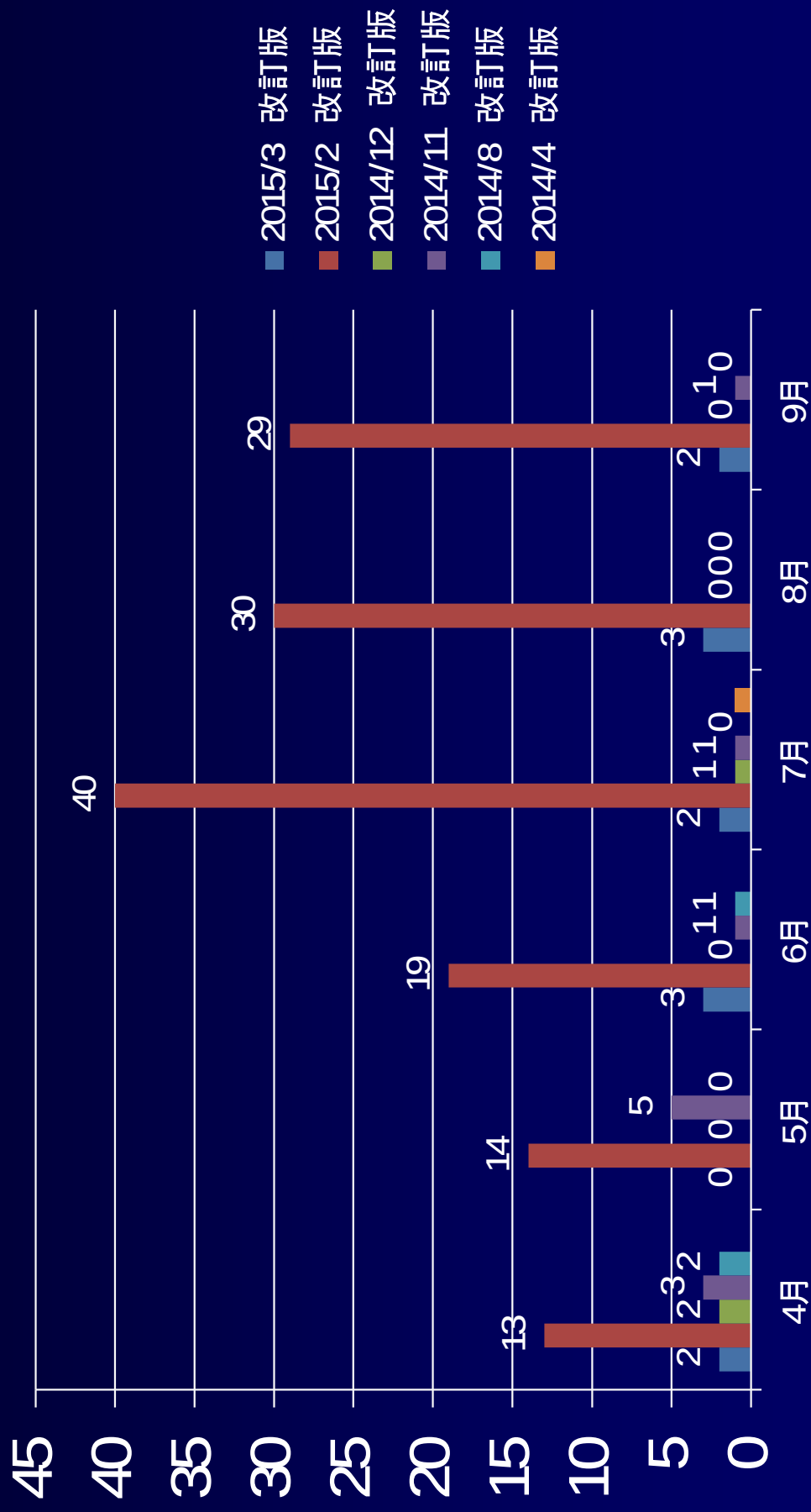
2. スクリーニング陽性

- がん患者の場合は緩和ケアチームで対応
- **非**がん患者の場合は、各専門診療科に紹介
- 主治医の判断で紹介するか否かを決定

[illegible]

check

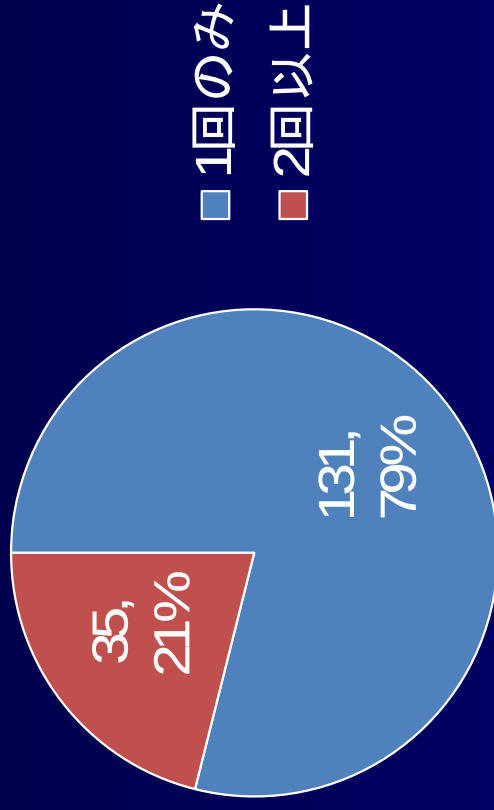
チーム依頼があった中のスクリーニングシート スキャン数:2015年4～9月



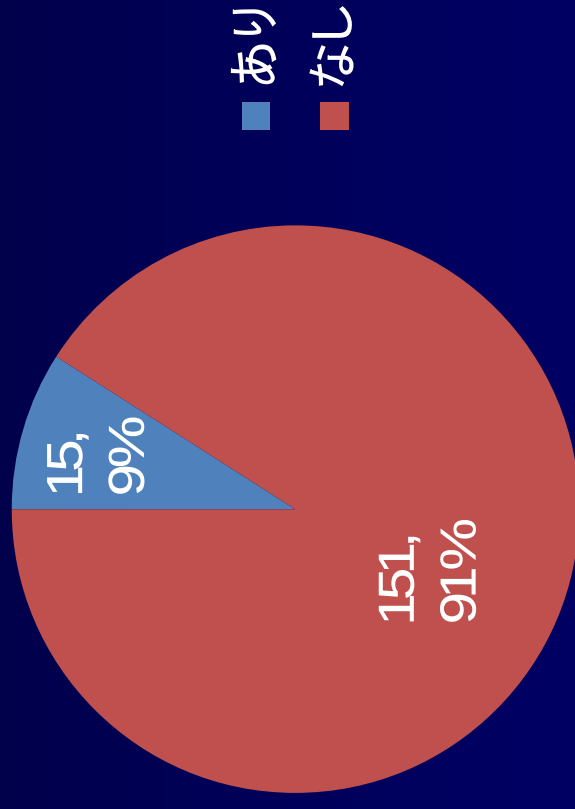
check

調査期間：2015年4～10月

スクリーニング複数回の 割合



患者自身から緩和ケア チーム依頼あり

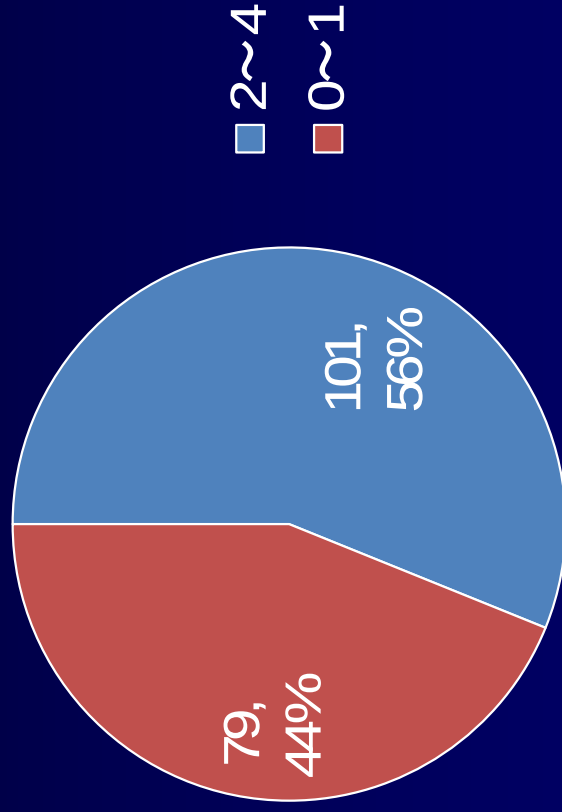


スクリーニングスキャンありの件数/緩和ケアチーム依頼件数=166人/348人

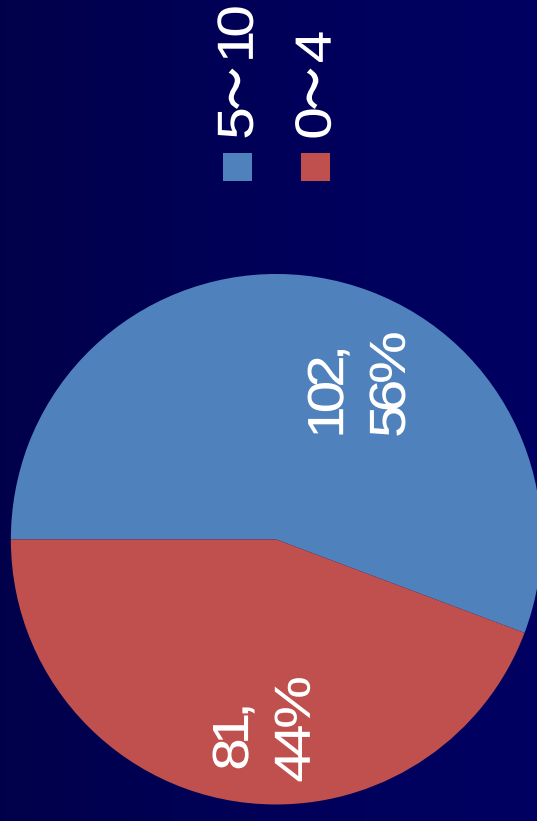
check

調査期間：2015年4～10月

身体症状



気持ちのつらさ

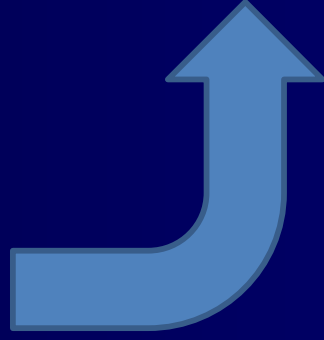
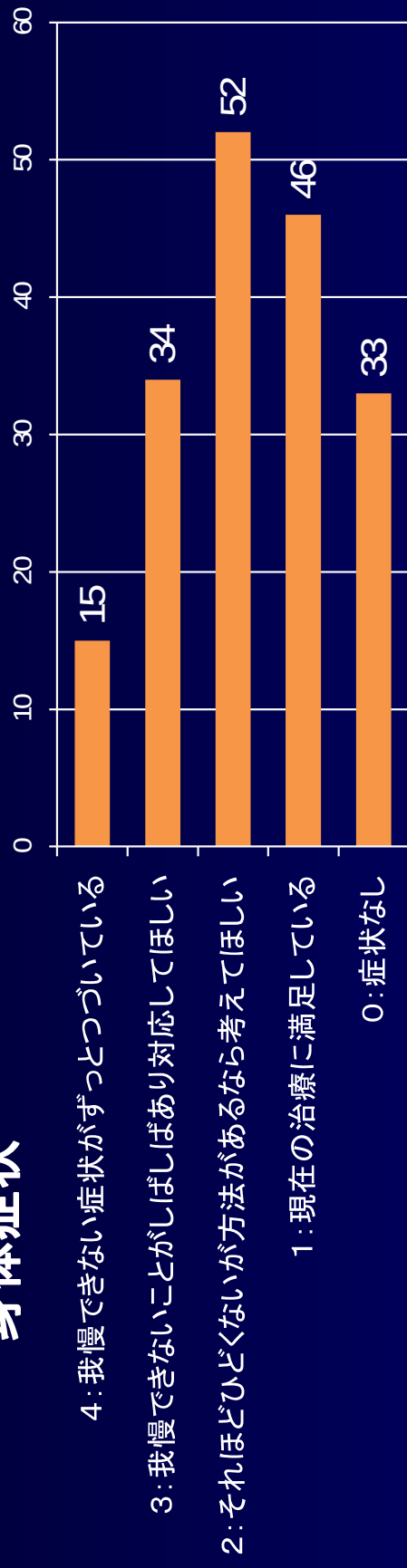


スクリーニングスキャンありの件数/緩和ケアチーム依頼件数=166人/348人

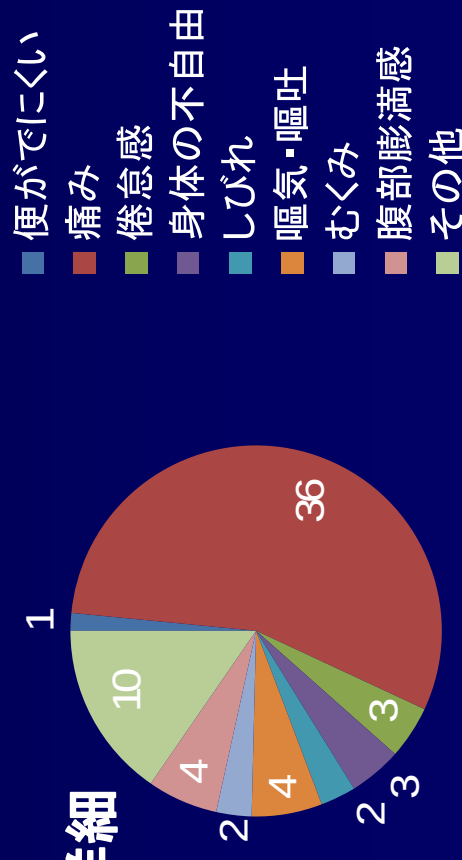
check

身体症状 調査期間：2015年4～10月

身体症状

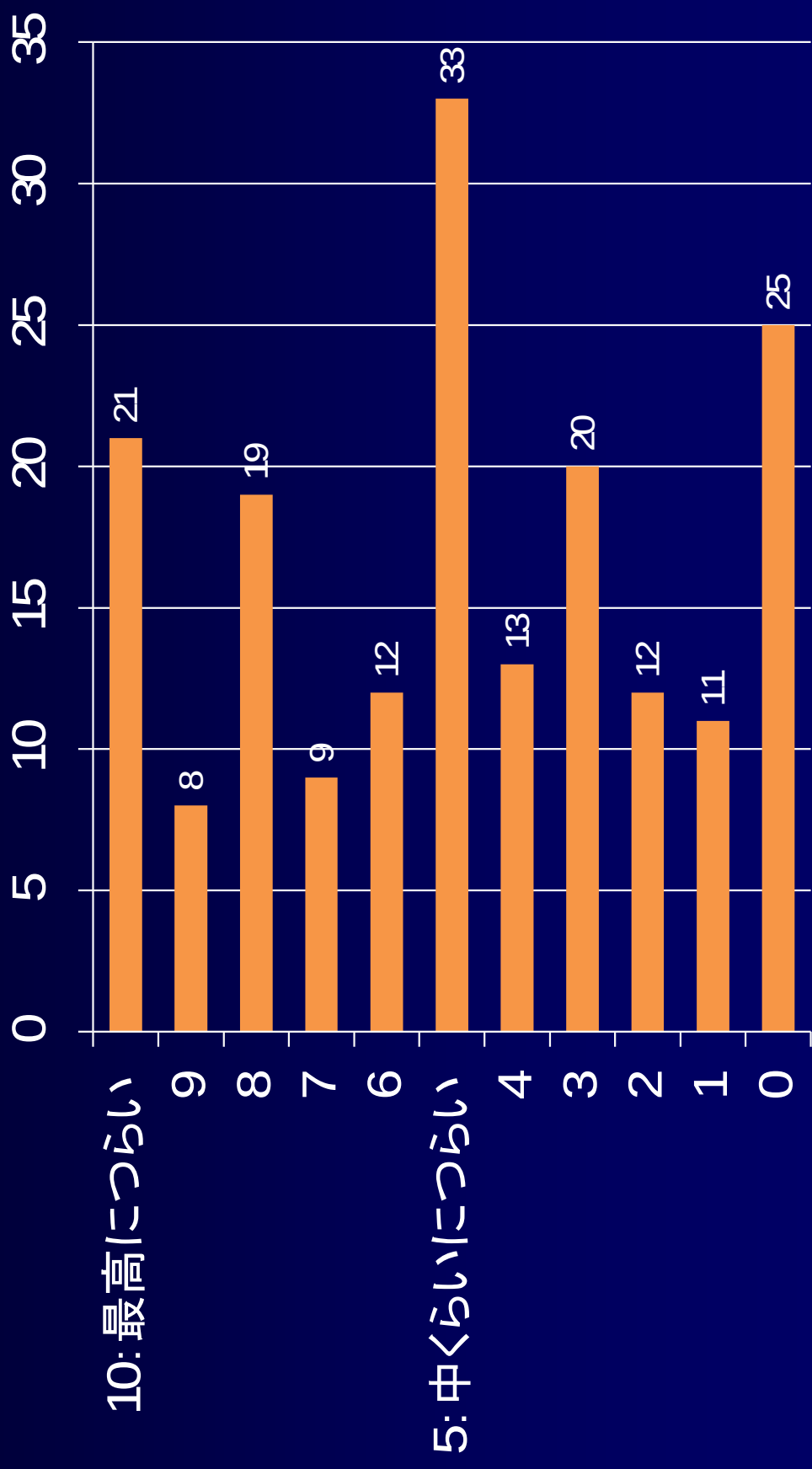


症状の詳細



check

気持ちのつらさ 調査期間:2015年4～10月



check

専門のチーム・職種への相談（化学療法室より）：2015年4～10月

痛みなど身体症状や気持ちのつらさに対応する医師、看護師など

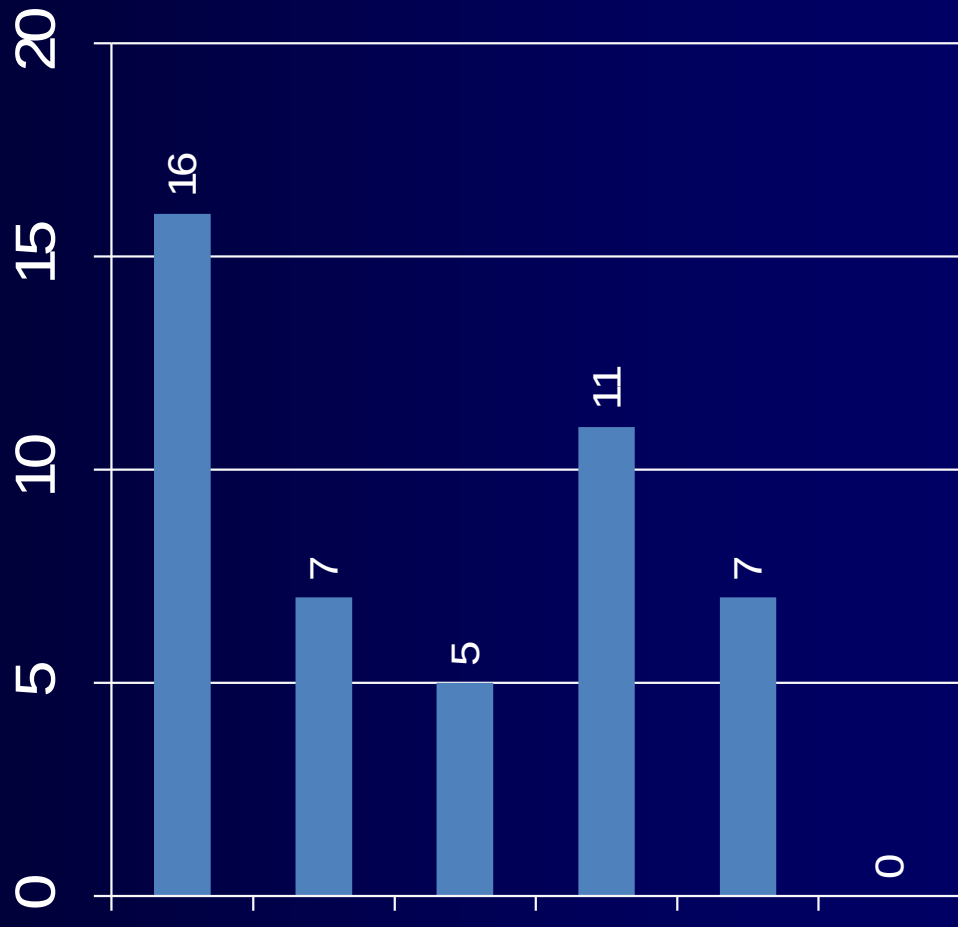
経済的な問題や、医療制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー

自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい

食べること・食事や栄養の事で相談したい

薬のこと（飲み方や副作用など）で相談したい

その他



Act

今後の課題・まとめ

1. Plan
 - 導入までの過程
2. Do
 - がん患者と非がん患者の選別方法
 - スクリーニング陽性の対応
 - 集計データの管理方法
3. Check
 - 導入・実施プロセスにおいて生じた問題と、その対応
 - スクリーニングの結果
4. Act
 - 今後の課題と計画

1. Plan
 - 非がん患者でも使用可能なスクリーニングシート
2. Do
 - 1年かけて内容・方法を試行
 - スクリーニングのシンプル化
3. Check
 - 導入過程において看護師の理解を得られるのに苦労
 - 複数のスクリーニングシート
4. Act
 - 結果をデータベース化
 - 個別対応とPDCAの継続

【事前アンケート結果 2015.11】 都道府県内のPDCAサイクル確保について

	H27(n=50)
	n (%)
●緩和ケアに関する取り組み状況（該当施設数）	
都道府県内の協議会・部会等で検討機会がある	35(70.0)
年間目標や計画を作成し、翌年に達成状況を評価している	22(44.0)
拠点病院間で実地調査によって評価している	5(10.2)
研究班の調査研究等を活用し、評価している	4(8.2)
共通の評価指標を設定し、モニタリングを行っている	4(8.0)
その他（相互実地研修，事例検討等の実施）	3(6.1)
●PDCAサイクル確保の妨げ（そう思う，とてもそう思うと回答した施設数）	
実務を担当する人員が不足している	39(78.0)
都道府県全体で意見集約することが難しい	30(60.0)
都道府県全体で検討する機会がない	20(40.0)
都道府県内でリーダーシップをとる人がいない	19(38.0)
知識がない	16(32.0)
方法を学ぶ機会がない	14(28.0)

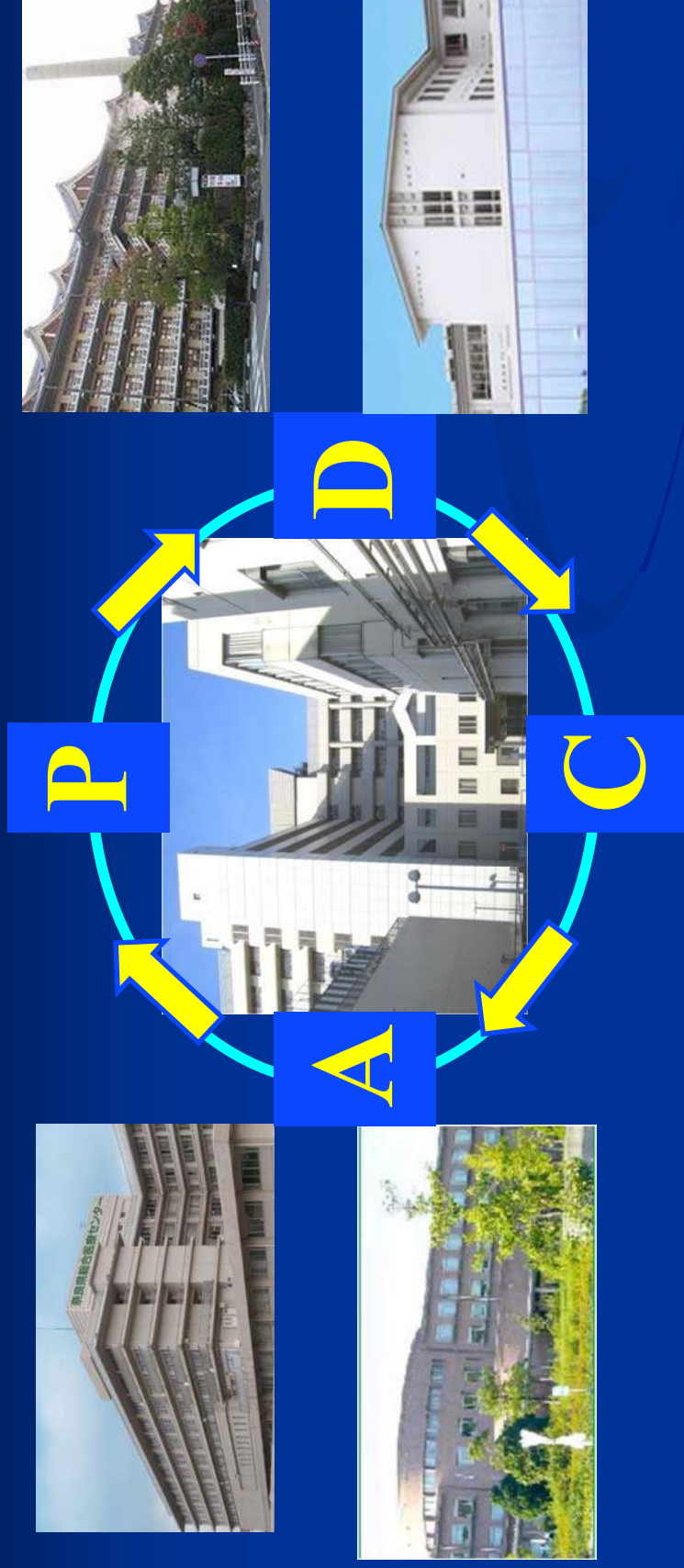
【事前アンケート結果 2015.11】 都道府県内のPDCAサイクル確保について：自由回答

PDCAサイクル確保に関する課題

- 施設間の意識格差が大きい
- 施設数が多く、連絡調整や方針決定等の作業量が大きい
- 多様な課題を短時間で検討する工夫が必要
- 具体的な実施方法について情報が乏しく難渋している
- 評価のためのモニタリング指標を設定することが難しい

平成27年12月7日 第3回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会

都道府県内のPDCAサイクルの構築について



奈良県立医科大学附属病院 がん診療プロジェクト

長谷川正俊

奈良県立医科大学 放射線腫瘍医学講座

奈良県立医科大学附属病院 放射線治療・核医学科

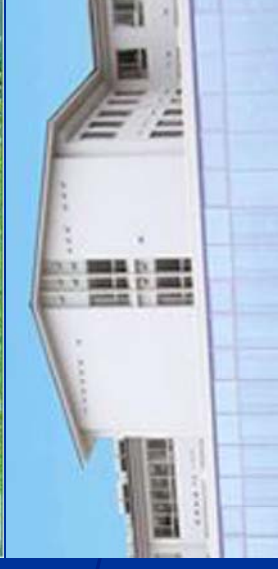
奈良県がん診療連携協議会



都道府県がん診療連携拠点病院
(奈良県立医科大学附属病院) 1



地域がん診療支援病院 3



地域がん診療連携拠点病院 4

都道府県内のPDCAサイクルの構築について

PDCAサイクル？ *Plan Do Check Act* !

よくわからないけれど(方法論～手法ですが)
がん拠点病院では必須になったので



とりあえず始めてみましたがい...

<講演内容>



1. PDCAサイクルの構築

2. 県がん対策推進協議会

3. がん診療連携拠点病院

PDCAサイクルを通じた 医療計画の実効性の向上のための研究会 報告書

平成26年3月20日

今村 知明	奈良県立医科大学健康政策医学講座教授
◎尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
高橋 泰	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授

<参考資料>

Ⅲ 医療計画のPDCAサイクルの具体的な手順及び留意点

PDCAサイクルを通じて医療計画の実効性を向上させるために、必要と考えられる手順及び各段階における留意点を以下に示す。

i) PDCAサイクルの手順

① 現行（第6次）医療計画の再確認

- ・第6次医療計画作成に当たって抽出した地域の課題、設定した目標、それを達成するための施策について改めて確認する。
- ・第5次医療計画終了時の評価についても参考にする。

② 地域の医療提供体制の現状の把握

- ・課題ごとに、国から提供されたデータや都道府県の独自調査によるデータ等を確認し、地域の医療提供体制の現状を把握する。医療計画策定時からの状況の変化はもちろん、医療計画策定時に分析されなかったデータ等がある場合には、それらについても活用するように努める。
- ・データの分析や指標の把握に当たっては、国から提供されたデータブックを十分に活用する。その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学・疫学・公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者が関与することは、データ等のより有効な活用につながることを期待されるため、今後、都道府県は、さらに積極的にこれらの者と協力して取り組んでいくことが望ましい。

<参考資料>

③ 課題ごとの進捗状況の評価

- ・地域の医療提供体制の目指すべき姿を常に念頭に置いた上で、既存の課題が解決に向かっていくかについて、評価を行う。具体的には、課題ごとの目標や指標を用いて、第6次医療計画期間の中で達成可能な状況で進捗しているかについて確認する。
- ・進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合は修正を検討する。
- ・設定された目標が抽出された課題に合致していなければ、個別の目標の達成状況が良好であっても効果がないため、課題に対応した目標の妥当性を常に意識して進めることが重要である。

④ 医療計画の修正・発展

- ・課題ごとの進捗状況を踏まえ、第6次医療計画期間の中で、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、医療計画の追記や削除、修正を行い、より実効性のある医療計画への発展を目指す。計画を修正する際には、その修正箇所や理由を明確にする。
- ・特に、達成困難と考えられる課題については、その原因について十分に考察し、圏域連携会議や作業部会で議論し、解決策を検討する。
- ・既存の目標以外に新たな目標やよりふさわしい目標があるか、個別の目標をさらに細分化したものとすることが望ましいか等も見直し、課題達成に資する計画となるようにすべきである。

健発0110第7号
平成26年1月10日
厚生労働省健康局長

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針



新たながん診療提供体制（平成26年度から）

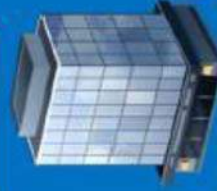
がん診療連携拠点病院における診療体制の向上や、
基本的がん診療の更なる均てん化等を図るため、
平成26年度から、見直しが行われた。

新たながん診療提供体制の概要

【課題と対応案】

- ①拠点病院間の格差の存在
 - 人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実による**質の向上**及び**一定の集約化**
- ②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在
 - 緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「**地域がん診療病院**」の新設。
- ③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在
 - 特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的作用を果たす「**特定領域がん診療連携拠点病院**」の新設。
- ④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築
 - 国立がん研究センター、都道府県拠点病院による**各拠点病院への実地調査等**、
 - 各拠点病院での**院内のPDCAサイクルの確保**(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)

現行



拠点病院

(397カ所)
都道府県51、地域344、国立がん研究センター中央病院・東病院)

空白の医療圏
(108箇所)

見直し後



情報の可視化

強化

地域拠点病院

- ・指定要件強化による質の向上
- ・高度診療に関する一定の集約化
- ・都市部への患者流入への対応
- ・複数指定圏域における役割・連携の明確化 等

新地域がん診療病院

- ・拠点病院とのグループ指定により高度がん診療へのアクセスを確保
- ・緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的がん診療のさらなる均てん化
- ・空白の医療圏の縮小

連携



強化

国立がん研究センター
都道府県拠点病院
国内、都道府県内のがん診療に関するPDCA体制の中心的位置づけ

新特定領域

がん診療連携拠点病院
・特定のがん種に関して多くの診療実績を有し、拠点的作用を果たす医療機関の制度的位置づけの明確化

新たながん診療提供体制の概要

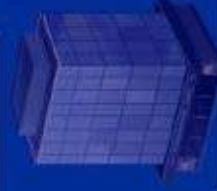
【課題と対応案】

- ①拠点病院間の格差の存在
 - 人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化
- ②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在
 - 緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「地域がん診療病院」の新設。
- ③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

- 国立がん研究センター、都道府県拠点病院による各拠点病院への実地調査等、
- 各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)

現行



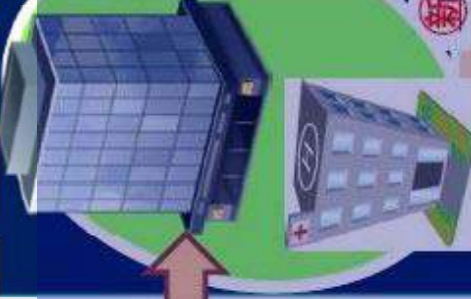
拠点病院

(397カ所)
都道府県51、地域344、国立がん研究センター中央病院・東病院)

空白の医療圏
(108箇所)

見直し後

情報の可視化



強化

地域拠点病院

- ・指定要件強化による質の向上
- ・高度診療に関する一定の集約化
- ・都市部への患者流入への対応
- ・複数指定圏域における役割・連携の明確化 等

新地域がん診療病院

- ・拠点病院とのグループ指定により高度がん診療へのアクセスを確保
- ・緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的がん診療のさらなる均てん化
- ・空白の医療圏の縮小

連携



強化

国立がん研究センター
都道府県拠点病院
国内、都道府県内のがん診療に関するPDCA体制の中心的位置づけ

新特定領域

がん診療連携拠点病院
・特定のがん種に関して多くの診療実績を有し、拠点的作用を果たす医療機関の制度的位置づけの明確化

新たながん診療提供体制の概要

④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

- 国立がん研究センター、都道府県拠点病院による
各拠点病院への実地調査等
- 各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保
(患者QOL把握・評価等による組織的改善と
実施状況の報告・広報体制の整備等)

強化

国立がん研究センター
都道府県拠点病院

国内、都道府県内のがん診療に関する
PDCA体制の中心的位置づけ

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(新指針)

I がん診療連携拠点病院等の指定について

3 国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備する

(3) 定期的に都道府県拠点病院と国立がん研究センター中央病院及び東病院が参加する都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会(以下「国協議会」とする。)を開催し、以下に関する情報収集、共有、評価、広報を行う。

- ① 各都道府県における都道府県拠点病院を中心としたPDCAサイクルの確保及びその実績

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(新指針)

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

6 PDCAサイクルの確保

- (1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。
- (2) これらの実施状況につき**都道府県拠点病院を中心に**都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、**地域がん診療病院**において、**情報共有と相互評価**を行うとともに、地域に対して**わかりやすく広報**すること。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(新指針)

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、IIの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

5 PDCAサイクルの確保

IIの6の(2)に規定する、都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院におけるPDCAサイクルの確保について、中心となって情報共有と相互評価を行い、地域に対してわかりやすく広報すること。

がん診療連携拠点病院等の整備の新指針



PDCAサイクルの確保と
情報共有 相互評価 広報

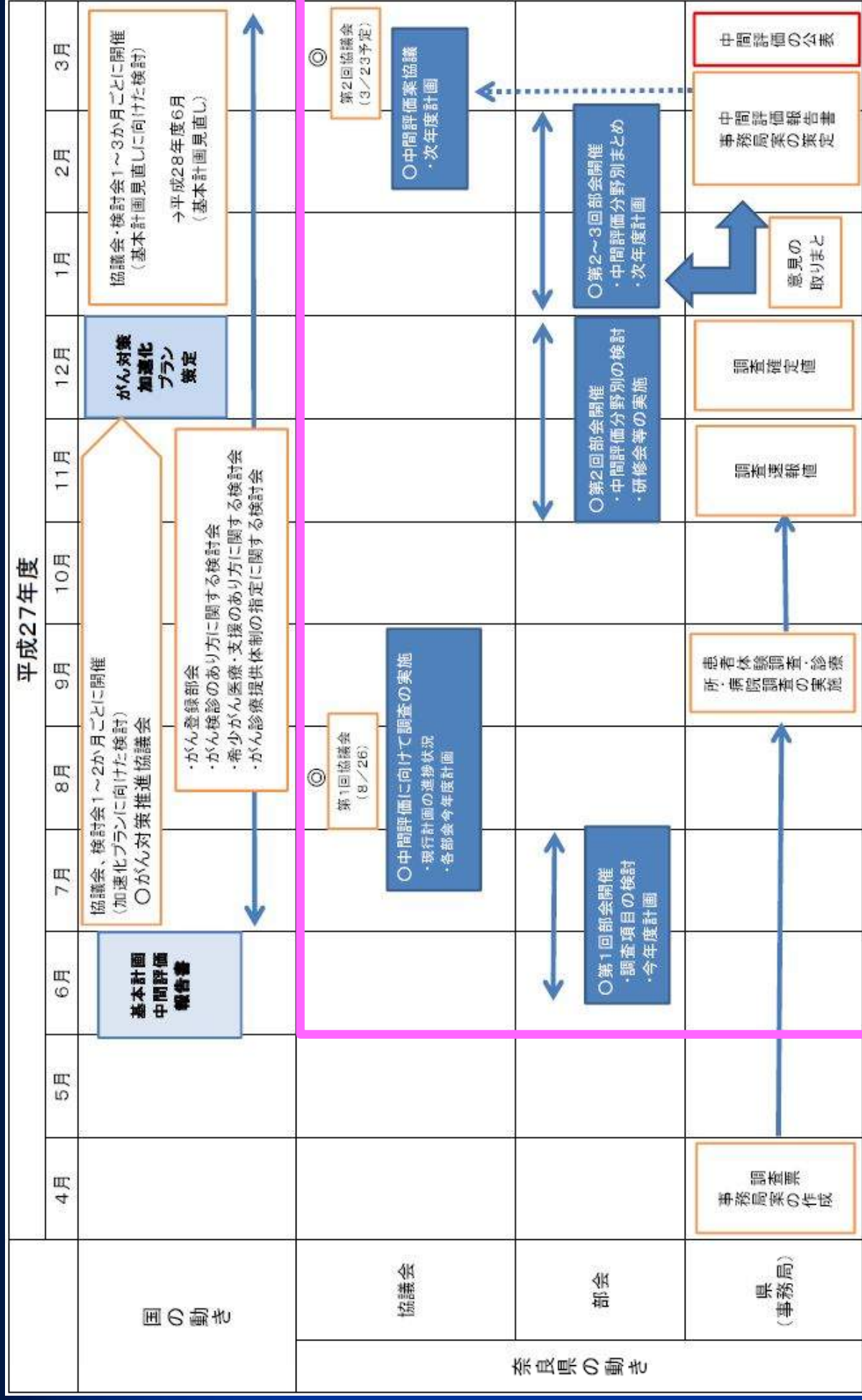
都道府県拠点病院が中心となって
すすめる必要あり

<講演内容>

1. PDCAサイクルの構築
2. 県がん対策推進協議会
3. がん診療連携拠点病院



第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール



第2期奈良県がん対策推進計画中間評価スケジュール

[illegible]

協議会

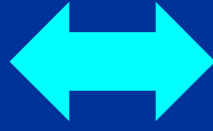
部会



第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール

がん対策推進基本計画
中間評価報告書（平成27年6月）
＜厚生労働省・がん対策推進協議会＞

本県の以前の調査データ



評価～PDCA

計画の目標：～結果

構造指標（S）

過程指標（P）

成果指標（O1）

分野別最終成果指標（O2）

奈良県がん対策推進協議会 ＜中間評価のための調査について＞

1. ならの患者体験調査について

目的	奈良県で、平成25年度に実施した「がん患者意識調査」と比較し、がん対策の進捗状況の評価や、必要などころに対策を講じる資料とする。今回は、がん患者のみではなく、がん以外の患者も調査対象とする。	
対象	入院、外来中のご本人	約2,000人
調査期間	平成27年9月1日（火）～平成27年9月30日（水）の1ヵ月間 回答締切：平成27年10月9日（金） 消印有効	
調査方法	協力医療機関から、患者に調査票と返信用封筒を手渡していただき、患者本人が調査票に記入後、郵送で提出	
調査協力医療機関	県内のがん診療連携拠点病院・支援病院、その他がん診療を行っている医療機関 44施設	
調査結果	県下全体の結果について報告書の作成と県ホームページへの掲載	

今後の治療・療養について

問 26 在宅緩和ケア（注参照）を知っていますか。【○はひとつだけ】

（注）在宅緩和ケア：在宅医やかかりつけ医による訪問診療や往診により、在宅での緩和ケアを受けること。

1. 知っている
2. 知っているが、具体的な内容は知らない → 【問 29 へおすすみください】
3. 知らない

問 27 問 26 で「1. 知っている」と回答された方にお伺いします。
在宅緩和ケアについて、どのようにお考えですか。【○はひとつだけ】

1. 受けたし、実現可能だと思う
2. 受けたいが、困難な気がする → 【問 28 へおすすみください】
3. 希望しない
4. 経験した（現在受けている） → 【問 29 へおすすみください】
5. わからない

問 28 問 27 で「2. 受けたいが、困難な気がする」と回答された方にお伺いします。
困難だと思う理由は何ですか。【○はいくつでも】

1. 在宅緩和ケアをしてくれる在宅医がいないから
2. 訪問看護や介護関係者が緩和ケアをしてくれるか不安
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 経済的な負担が大きいから
5. 医療・介護関係者等の訪問が負担になるから
6. 家族に負担をかけるから
7. その他（ ）
8. 特に理由はない

奈良県がん対策推進協議会

<中間評価のための調査について>

2. ならのがん在宅療養に関する診療所調査について	
目的	平成26年度、在宅療養中のがん患者を対象に調査を実施し、在宅医療や訪問看護について現状を把握した。今年度は、診療所を対象に課題を抽出し、必要な対策を講じるための基礎資料とする。
対象	平成26年度 ならのがん在宅医療機能調査で、がん患者の診察について「実績がある」及び「できる」と回答のあった診療所 県内189施設
調査期間	平成27年9月1日（火）～平成27年9月30日（水）の1ヵ月間 回答締切：平成27年10月9日（金） 消印有効
調査方法	業者より直接、調査票と返信用封筒が郵送されるので、調査票に記入後、返信用封筒で県保健予防課あて郵送
調査結果	県下全体の結果について報告書の作成と県ホームページへの掲載

奈良県がん対策推進協議会

<中間評価のための調査について>

4. ならのがん診療に関する拠点・支援病院調査実施について	
目的	がん診療体制の充実として、化学療法についての更なる質の向上を図るため、がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携支援病院における抗がん剤のばく露対策等について実態を把握するとともに、短期術後成績について「質の高い」「安全な」観点で外科的評価を実施することとを目的とする。
対象	県内がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携支援病院 8施設
調査期間	平成27年9月1日（火）～平成27年9月30日（水）の1ヵ月間 回答締切：平成27年10月9日（金） 消印有効
調査方法	業者より直接、調査票と返信用封筒が郵送されるので、調査票に記入後、返信用封筒で県保健予防課あて郵送
調査結果	県下全体の結果について報告書の作成と県ホームページへの掲載

中間評価(参考例;検討中で見直し予定)

目標達成のために取り組んだこと 個別施策目標					
主な取組	指 標	最新値	※第2期計画 目標値	結果	
新奈良県総合医療センターの整備	新奈良県総合医療センターの開設	H28開設	H28中に 開設	A	
南和の救急病院(急性期)の整備	南和の救急病院(急性期)の開設	H28開設	H27中に 開設	B	
がん診療体制の検証、地域がん診療連 携支援病院のあり方や指定要件につい ての検討	地域がん診療連携支援病院の増加	3か所	1か所 (H24)	A	
チーム医療体制の整備、放射線治療や 化学療法に携わる専門的な医療従事者 の適正配置と育成	悪性腫瘍手術の実施件数(人口10万対・医療施設 調査)	-	295件より 増加 (H23)	-	
	放射線治療(対外照射)の実施件数(人口10万対・ 医療施設調査)	-	163.6件 より増加 (H23)	-	
	外来化学療法の実施件数(人口10万対・医療施設 調査)	-	162.4件 より増加 (H23)	-	
	放射線治療専門医数の増加	13人 (H27)	-	A	
	化学療法専門医数の増加 (がん・臓物専門医、指導医)	8人 (H26)	-	A	

中間評価(参考例;検討中で見直し予定)

施策の中間目標 チーム医療の体制が整備されている				
指 標	最新値	結果	参考値	
がん診療連携拠点病院における チーム医療の整備状況	100% (H27)	A	100% (H26)	
横断的な医療チームによるがん 治療サポート体制がある拠点病 院の割合	100% (H27)	A	100% (H26)	
化学療法で院内登録レジメン制 度を運用している拠点病院の割 合	100% (H27)	A	100% (H26)	
短期術後成績の反映 (平均術後退院日数/人)	7.0日乳 8.4日肺 17.9日胃 20.1日肝 37.7日脾 20.6日大腸 10.3日前立腺		-	

施策の最終目標 安心で質の高い医療が提供できている				
指 標	最新値	結果	参考値	
ならのがん に関する患 者意識調査	①医師による診療・治 療内容の満足度	80.8% (H27)	A	79.1% (H25)
	②医師との対話の満 足度	76.4% (H27)	A	75.3% (H25)
	③診断や治療方針に ついて、自分の疑問 や意見を充分に伝え られた満足度	69.5% (H27)	B	71.6% (H25)
5年生存率	-	-	-	89.7%乳 68.7%大腸 32.9%肝臓 36.1%肺 62.8%胃 (H26国)

第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール

<今後の予定と課題>

これまでには分野別の部会委員による計画の作成と評価を主体に行ない、次にそれを全体の協議会で検討

今年度からは、PDCAサイクルでの検討を強化

分野別の部会委員による
計画の作成と評価

がん対策推進協議会で
検討



<講演内容>



1. PDCAサイクルの構築
2. 県がん対策推進協議会
3. がん診療連携拠点病院

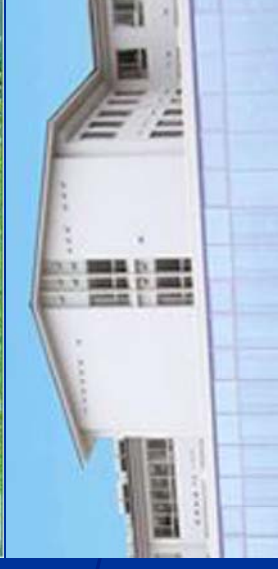
奈良県がん診療連携協議会



都道府県がん診療連携拠点病院
(奈良県立医科大学附属病院) 1



地域がん診療支援病院 3



地域がん診療連携拠点病院 4

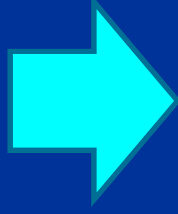
がん診療連携拠点病院における PDCAサイクル構築

- 1) 都道府県がん診療連携拠点病院
～
地域がん診療連携拠点病院、他
- 2) 都道府県がん診療連携拠点病院
～
院内

都道府県内のPDCAサイクルの構築について

PDCAサイクル？

よくわからないけれど（方法論～手法ですが）
がん拠点病院では必須になった？



とりあえず始めてみよう！

拠点病院に共通の課題である
緩和ケアの新たな必須要件について、
県拠点病院が主導で行なう方法を検討

平成26, 27年度 奈良県がん診療連携協議会

県がん診療連携拠点病院 1
地域がん診療連携拠点病院 4
地域がん診療支援病院 3



平成26, 27年度 奈良県がん診療連携協議会

県がん診療連携拠点病院	1
地域がん診療連携拠点病院	4
地域がん診療支援病院	3

PDCAサイクルの構築について協議した結果、
県拠点病院が**PDCA**サイクル**評価シート**を作成



各病院は、**評価シート**に(少なくとも**P, D**までは)
実態について予め記入して、集計



実際に、一部の病院の**訪問調査**を実施

奈良県内のがん診療連携拠点病院におけるPDCA構築の流れ

都道府県PDCA		
H26 7 14	H26第1回奈良県がん診療連携協議会	・PDCAについて それぞれの病院から評価委員を選出しPDCAを動かすことを承認 ・早い時期に相互チェックを行うことを長谷川委員より提案される
H26 7 29		PDCAサイクル評価チーム委員選任依頼各拠点、支援病院より1名選出
H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成
H26 8 12		拠点、支援病院にPDCAサイクル評価シートを配布 参考 ①PDCAサイクル評価シート
		締め切りを9月中旬とし、PとDを記載願う。 =====
H26 8 18		記載要領:評価シート1～3について、それぞれの項目の中から本年度改善を試みた小項目を選んで頂いて、Plan(計画)とDo(実施したこと9月中旬までに実施予定を含む)について記載依頼。
		各拠点・支援病院のPDCAサイクル評価チーム委員が決定

H26 9 12		実地調査を奈良県総合医療センターとして 日程調整を行う
H26 9 27		奈良県総合医療センターにて実地調査 詳細は②会議記録
H26 10 10		奈良県総合医療センターより修正・追加 されたPDCAサイクル評価シートが提出さ れる
H27 2 2	H26第2回奈良県がん診療 連携協議会	PDCAサイクル実地調査報告 H27年度PDCAサイクルの評価について 確認 参考 会議資料2
H27 7 13	H27第1回奈良県がん診療 連携協議会	PDCAサイクルの評価項目は共通項目と し、項目については奈良医大にて決める ことが了承
H27 7 28		2周目のPDCAサイクル評価シートの記 載・提出依頼 参考 ③PDCAサイクル評価シート
H27 10 6		天理よろづ相談所病院にて実地調査(調 査対象病院は医大にて決定された) 詳細は④会議記録

PDCAサイクル評価チーム委員

H27.9.1 現在

病院名	所属・職	氏名
奈良県立医科大学附属病院	放射線治療・核医学科 部長 がん診療対策プロジェクト・リ-	長谷川正俊
奈良県総合医療センター	集学的がん治療センター長	渡辺 明彦
市立奈良病院	泌尿器科部長兼緩和ケア室長	岡島 英二郎
近畿大学医学部奈良病院	外科 准教授	湯川 真生
天理よろづ相談所病院	消化器・一般外科 部長 がん相談支援センター 室長	吉村 玄浩
国保中央病院	統括診療部長	山田 行重
済生会中和病院	泌尿器科部長	小野 隆征
大和高田市立病院	副院長	岡村 隆仁

PDCAサイクル評価シート

各拠点病院の共通課題である新指定要件から
緩和ケア関連を選んで評価シートを作成

奈良県がん診療連携拠点（支援）病院 PDCAサイクル実地調査（1）・・・1年目

日 時 平成26年9月29日(月) 16:00～

場 所 奈良県総合医療センター 会議室

出席者

奈良県総合医療センター： 渡辺、梅野、中西、石田

市立奈良病院： 岡島、松村

奈良県立医科大学附属病院： 長谷川、那須

調査内容

緩和ケアの提供体制に関する計画～実施状況、
PDCAサイクルの運用状況等の調査、確認

奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

- ii 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンドおよびカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニングおよび症状緩和に努めている。
- iii 当該病棟ラウンドおよびカンファレンスには必要に応じて主治医や病棟看護師等の参加を求めている。
- iv がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。
- v 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している。
- vi 外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備している。
- vii 緩和ケアチームで身体的、精神的緩和に携わる専任の医師は、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案している。
- ix 緩和ケアに係る診療や相談支援の件数および内容、医療用医薬品の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行っている。

項目

病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
奈良県立医科大学附属病院	(ウii) がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備する。 (ウix) ①左記の情報が把握できるように、情報把握シートを作成する。 ②それらに関連部署と共有し、分析・評価する。 ③相談支援センターが対応した、相談件数及び内容を報告(毎月)相談内容により看護師、心理士に情報提供連携して相談支援 ④相談支援センター相談員が緩和ケアカンファレンスに参加 (ウiii) がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備する。	(ウii) ・スクリーニングにて主科チームと緩和ケアチーム、がん相談員、がん関連の専門看護師・認定看護師との連携部分を明確にした。 ・苦痛のスクリーニング結果の情報を把握・分析し、評価を行うシートを作成した。 ・経営企画課と電子カルテでのシステム整備を検討する(8/13) (ウix) ③相談件数、内容の共有も開始している。 ④実施済み		
奈良県総合医療センター		・ウii) ・がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングで、院内で統一したシートを用いて実施する。 ・得られた情報を緩和ケアチーム、がん関連の専門認定看護師と共有し、分析を行う。得られた分析結果から、患者さんの苦痛を緩和するプランを立案し適切に実施する。		
市立奈良病院	(ウii) がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と	マニコアに追記。がん診療委員会(8/26)にて周知。		

奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」

項目	エ イ お よ び ウ の 連 携 を 以 下 に よ り 確 保 す る こ と。 i 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけでなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保している。 ii 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示している。			
病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
奈良県立医科大学附属病院	(エi) ① 暫定的な方法として、緩和ケアセンターの看護師、薬剤師、臨床心理士が窓口となり、おもに同職種からの依頼を受ける。(直接介入の場合には患者の同意が得られていることが依頼条件とする。)依頼を受けた者は、緩和ケアチーム介入に関して主治医、病棟看護師など関連職種との調整をおこなう。 (緩和ケアチームが介入目的、介入程度、介入する職種などを話し合い、両者の合意を得る。) ② 上記の方法で生じる問題点などを抽出し、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも問題なく依頼	(エii) ① 緩和ケアリンクナースには上記内容を告知済み。院内各職種への広報(9月1日拠点病院運営検討委員会)をおこない実施開始。		
奈良県総合医療センター	(エi) ① 医師が、がんサポートチームに依頼書を作成する。(患者の同意を得て、電子カルテのテンプレートを活用)または、看護師等から直接依頼を受ける② 依頼を受けたがんサポートチーム(医師・看護師・薬剤師・臨床心理士)で定期的に確認し、関連職種との調整を行う。③ 患者訪問、身体・精神・社会・スピリチュアルについて早期から対応する(カルテに記載)④ 緩和ケア診療加算として算定する場合は、「サポートチーム計画書」を作成。 (エii) 「がんサポートチームへの依頼方法」のフローを作成し、院内各職種に周知している。	(エi) 「がんサポートチームへの依頼方法」のフローを作成し、電子カルテにて依頼できるよう周知した。(H25.4 がん拠点病院委員会にて承認済)		

<参考：議事録の一部抜粋>

【長谷川】 PDCAサイクル評価シート未記入の部分は早急に記載いただきたい。

【長谷川】 緩和ケアチームが介入する場合等、主治医との連携はどうしているか。

【奈良県総合医療センター】

主治医に介入に関して確認を取るようになっている。主治医が診断して、実際の対応は認定看護師やリンクナースが中心になって動いている。

【長谷川】 スクリーニング用のチェックシートを渡す対象の患者は？

【奈良総合医療セ】 スクリーニング対象はがんを告知している人のみである。

【奈良総合医療セ】 他院ではスクリーニングの実施方法や医師以外からの介入依頼をどうしているのか教えてほしい。

【市立奈良病院】 入院患者については、STAS-Jにてスクリーニングを行うことを緩和ケアマニユアルに追記した。STAS-Jを使用するため、スクリーニングは医療従事者がする。入院患者全てを対象としている。外来は現在マニユアルを作成中で、がん告知をした次の外来で記入してもらって取りまとめる予定である。スクリーニングシートは電子カルテ上に必ず残るようにしている。

介入依頼は全職種から受けて、できる範囲で看護師のみで介入している。専門認定看護師が動いている。看護師だけで動いても、医師（緩和ケア室室長）に全て報告を入れてもらっている。

【奈良県立医科大学附属病院】

スクリーニングシートを作成して、患者に記入いただくようにした。現在、婦人科病棟と消化器外科病棟の2病棟で試験運用を行っている。試験運用の結果を受けて見直しを行い、その後、全病棟で運用を開始する予定である。外来まではまだできていない。

なお、訪問先の病院が、**PDCA**サイクル評価シートに**計画Pと実施状況D**を記載していなかった部分については、後日、記載して提出いただくように依頼

奈良県がん診療連携拠点（支援）病院 PDCAサイクル実地調査（2）・・・2年目

日時 平成27年10月6日（火）16：00～

場所 天理よろづ相談所病院 会議室

出席者（敬称略）

天理よろづ相談所病院：

吉村（消化器・一般外科部長）、上田睦月（薬剤部長）

松尾（がん相談支援センター師長）、平瀬（同係長）、

国保中央病院： 山田行重（総括診療部長）

奈良県立医科大学附属病院：

長谷川（放射線治療・核医学科教授）

中村（緩和ケアセンタージェネラルマネージャー）

上野山（病院管理課病院総務係）

調査内容 平成27年度の奈良県がん診療議会におけるPDCA共通項目のうち「PDCAサイクル評価シート1」および「PDCAサイクル評価シート2」にもとづいて、運用状況につき調査・確認を行った。また、各病院における緩和ケアに関する整備の状況についての情報交換を行った。

奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」 H27年度用

イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、i～ivの緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i がん患者の身体的苦痛や精神的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用している。

ii スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に對して、アに規定する緩和ケアチームと連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。

iii 医師から診断結果や病状を説明する際、以下の体制を整備する。

a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整している。

b 説明時には、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めている。

c また、必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備している。

iv 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師等による服薬指導を実施し、その際口は自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用麻薬などの使用を自己管理できるように指導している。

項目

病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価) (Checkの方法も記載下さい) いつ、誰が、どの様に	Act(処置・改善)
天理よろづ相談所病院	(イイ)・OPTIMの評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」を、苦痛のスクリーニングシートとして使用する。 ・スクリーニングシートの運用は、7月より一部開始し、9月より全部署に拡大する。 ・スクリーニング後の対応および支援体制(窓口の明確化)を充実させる。 ・院内部長会、師長会、主任会、リンクナース会、外来勉強会にて、苦痛のスクリーニングシートの活用方法について説明をする。	(イイ)・苦痛のスクリーニングシート(OPTIMの評価ツール)「生活のしやすさに関する質問票」を2枚複写(カルテ貼付と評価用)として準備した。 ・スクリーニング後の対応および支援体制(窓口の明確化)を整備した。 ・院内部長会、師長会、主任会、リンクナース会、外来勉強会にて、苦痛のスクリーニングシートの活用方法について説明を行った。 ・スクリーニングシートを各部門に配布した。 ・7月より、一部の外来・病棟において、スクリーニングシートの使用を開始した。 ・9月より全部署にて、スクリーニングシートの使用を開始した。	(イイ)・7月より苦痛のスクリーニングの使用を開始し、192件の実施があった(10/68時点)。実施した各部署より、運用や患者の反応について聴取した。その結果は以下の通りである。 ① 字が小さくて読みにくい。 ② 「記入の仕方が記入用紙の裏面にあり見にくい。 ③ がん患者であることが把握しづらいため、必要な患者に渡すことができない不安である。 ④ 外来において、スクリーニング後に対応するスタッフのマンパワー不足が懸念される。 ⑤ スクリーニング結果を基に診療が行えるので、患者の満足度は高かった。 ⑥ 事前に看護師が対応するので、診療がスムーズに行うことができた。 ⑦ トータル的な苦痛のスクリーニングができるようになった。	(イイ)・文字を大きくするために、記入用紙をA4用紙片面から両面に変更した。 ・「記入の仕方が記入用紙とは別は、用度課でラシバックして各部署に配布することにする。 ・外来患者のブラバシナーに配慮する必要と対応するスタッフのマンパワーに問題があるため、各診療科の現状に応じて導入するものとする。
	(イロ)・病状説明の日時に看護師サイドで把握できるように、医師からの指示箋を作成する。	(イロ)・部長会(11/13)と師長会(11/18)で、病状説明時に看護師が同席する目的や役割、記録用紙の説明を行なった。	(イロ)・2～7月の期間内に、入院カルテに添えられていた「病状説明同席時の看護記録」は385件(診療情報記録で	(イロ)

奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」 H27年度用

	</				

がん診療連携拠点病院における PDCAサイクル構築

- 1) 都道府県がん診療連携拠点病院
～
地域がん診療連携拠点病院
- 2) 都道府県がん診療連携拠点病院
～
院内

奈良県の都道府県がん診療連携拠点病院（奈良医大内） におけるPDCA構築の流れ

院内PDCA		
H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成
H26 9 1	がん診療連携拠点病院 運営検討委員会	院内PDCAサイクル評価委員選出 PDCAサイクル評価シートの評価
H27 3	緩和ケアセンター運 営委員会	H26年度PDCAサイクル評価シート の確認
H27 3	腫瘍センター運営 委員会	H27年度PDCAサイクル評価シート の確認

H27 3	がん診療連携拠点病院 運営検討委員会	H28年度PDCAサイクル評価シート の確認
H27 8 31	がん診療連携拠点病院 運営検討委員会	H26年度PDCAサイクル評価シート の評価 参考 ⑤PDCAサイクル評価シート H27年度評価シートの確認
H27 12		H28年度PDCAサイクル評価シート の内容再確認(予定)

奈良医大附属病院 院内PDCAサイクル評価チーム委員

H27.9.1 現在

所属・職	氏名
放射線治療・核医学科 部長 がん診療対策プロジェクト・リーダー	長谷川正俊
腫瘍センター長	神野 正敏
緩和ケアセンター長	四宮 敏章
歯科口腔外科 助教	青木 久美子
地域医療連携室 補佐	谷 久代
看護部 副部長	和田 容子
患者・家族支援室	川本 たか子
病院管理課 課長	後藤 淳宏

奈良県立医科大学附属病院 「PDCAサイクル評価シート」

H26年度 (H26.4～H26.9)の
PDCA

対応 診療科等	項目	Plan(計画)	
			実施予定
① 集学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供			
○緩和ケアセンター (呼吸器・アレルギ－・血液内科) (放射線治療・核医学科)	がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や 医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニ ュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリ ティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実 効性のある診療体制を整備する。	がん疼痛、呼吸困難の院内向けクリティカルパスを、呼吸器 内科、薬剤部と共同し作成。6月から、呼吸器内科と共同し運 用する。運用後、修正を加え、9月からは全科で運用できる ようにする。	H26年9月1日

Do(実施)		Check(点検・評価)	
6月11日	疼痛緩和オピオイド導入パス作成。呼吸器内科と相談の上、C8病棟の試 験導入をはかる。がん性疼痛、呼吸困難マニュアルを作成していく。		
8月8日	疼痛緩和オピオイド導入パス作成済み。呼吸器内科と協同し、C8病棟の 試験導入を8月中に開始する。		
9月1日	呼吸器内科と協同し、C8病棟での試験導入の最終調整段階。9月上旬に開始する。	良好 マニュアルについては緩和ケア研修会で使用してい る小冊子を使用し、改良していくということですの でよろしくお願い致します。	

Act(処置・改善)			
------------	--	--	--

現時点では導入件数は0件。引き続きC8病棟で行う。呼吸器内科医にアンケートを行う。

奈良県立医科大学附属病院 「PDCAサイクル評価シート」

H26年度 (H26.4～H26.9) の
PDCA

対応 診療科等	項目		Plan(計画)	実施予定
	① 薬学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供			
○緩和ケアセンター	イ	がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用する。	・先行して運用開始している他府県のスクリーニングの情報収集を行う。 ・院内で一貫したスクリーニング手法を活用するために項目2と連携を図り、使用するスクリーニングツールを決定し、作成する。 ・項目2と連携を図り、スクリーニング方法を決定する。	H26年9月1日
Do(実施)			Check(点検・評価)	
6月11日	情報収集中			
8月8日	・先行して運用開始している他府県のスクリーニングの情報収集を行った。 ・院内で一貫したスクリーニング手法を活用するために項目2と連携を図り、使用するスクリーニングツールを決定し、作成した。 ・項目2と連携を図るため、腫瘍センターのスクリーニング担当者と相談した。 ・スクリーニング運用方法を決定した。 ・緩和ケアリンクナース会でスクリーニングの目的・運用について概要を説明した(7/10) ・師長会でスクリーニングの目的・運用について概要を説明した(7/17) ・試験運用開始に向け、関係者を集めて説明会・意見交換会を行う。関係者のコンセンサスを得る。(8/19、8/21、8/22予定) ・意見交換会後、問題を検討し、2部署にて運用予定(9月上旬予定)			
9月1日	・経営企画課と電子カルテでのシステム整備を検討した(8/13)。 ・試験運用開始に向け、関係者を集めて説明会・意見交換会を行い、関係者のコンセンサスを得た。(8/19、8/21、8/22実施した) ・意見交換会後、運営に関する微調整を行った。 ・9/1がん診療連携拠点病院運営検討会で説明し、コンセンサスを得た。 2部署(B6病棟、A6N病棟)にて運用開始する。		良好 苦痛等のスクリーニングは非常にありがたい。多くの病棟や、出来れば外来でも開始して欲しいとの意見があるので、さらなるレベルアップをお願いします。	
Act(処置・改善)				
2部署(B6病棟、A6N病棟)で運用開始し、導入約80件程度。その後、2部署の看護師対象に運用についてのアンケート実施。アンケート結果をもとにスクリーニングシートを修正。今後関係者へコンセンサスが得られれば対象部署を拡大へ。				

県内

院内

都道府県PDCA		院内PDCA	
H26 7 14	H26第1回奈良県がん診療連携協議会	・PDCAについて それぞれの病院から評価委員を選出しPDCAを動かすことを承認 ・早い時期に相互チェックを行うことを長谷川委員より提案される	
H26 7 29		PDCAサイクル評価チーム委員選任依頼各拠点、支援病院より1名選出	
H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成	H26 8 8 PDCAサイクル評価シート(案)を作成
H26 8 12		拠点、支援病院にPDCAサイクル評価シートを配布 参考 ①PDCAサイクル評価シート締切を9月中旬とし、PとDを記載願う。 ===== 記載要領・評価シート1～3について、それぞれの項目の中から本年度改善を試みた小項目を選んで頂いて、Plan(計画)とDo(実施)したこと9月中旬までに実施予定を含む)について記載依頼。	H26 8 12 がん診療連携拠点病院運営検討委員会 院内PDCAサイクル評価委員選出 PDCAサイクル評価シートの評価
H26 8 18		各拠点・支援病院のPDCAサイクル評価チーム委員が決定	H26 8 18 緩和ケアセンター運営委員会 H26年度PDCAサイクル評価シートの確認
H26 9 12		実地調査を奈良県総合医療センターとし日程調整を行う	H26 9 12 腫瘍センター運営委員会 H27年度PDCAサイクル評価シートの確認
H26 9 27		奈良県総合医療センターにて実地調査詳細は④会議記録	H26 9 27 がん診療連携拠点病院運営検討委員会 H28年度PDCAサイクル評価シートの確認
H26 10 10		奈良県総合医療センターより修正・追加されたPDCAサイクル評価シートが提出される	H26 10 10 H26年度PDCAサイクル評価シートの評価 参考 ⑤PDCAサイクル評価シート H27年度評価シートの確認
H27 2 2	H26第2回奈良県がん診療連携協議会	PDCAサイクル実地調査報告 H27年度PDCAサイクルの評価について確認 参考 会議資料2	
H27 7 13	H27第1回奈良県がん診療連携協議会	PDCAサイクルの評価項目は共通項目とし、項目については奈良県大にて決めることが了承	
H27 7 28		2周目のPDCAサイクル評価シートの記載・提出依頼 参考 ⑥PDCAサイクル評価シート	
H27 10 6		天理よろづ相談所病院にて実地調査(調査対象病院は医大にて決定された) 詳細は④会議記録	H27 10 6 H28年度PDCAサイクル評価シートの内容再確認(予定)

都道府県内のPDCAサイクルの構築について

PDCAサイクル？

よくわからないけれど
がん拠点病院では必須になったので、



とりあえず、多少強引に始めてみたところ、
最初はよく理解されていない施設もあったが
2年目になると、PDCAが上手く機能するようになり、
さらに連携、情報交換等の（副次的）効果もあった。

がん対策における 緩和ケアの評価に関する中間報告

都道府県拠点緩和ケア部会 平成27年12月7日
国立がん研究センターがん対策情報センター 加藤雅志

「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究班」

● 緩和ケア分野の
評価指標の作成



● 緩和ケアに関する
指標からみた変化
【既存データの推移】

● 関係者・患者・医療者からみた
緩和ケアの変化
【質的検討】



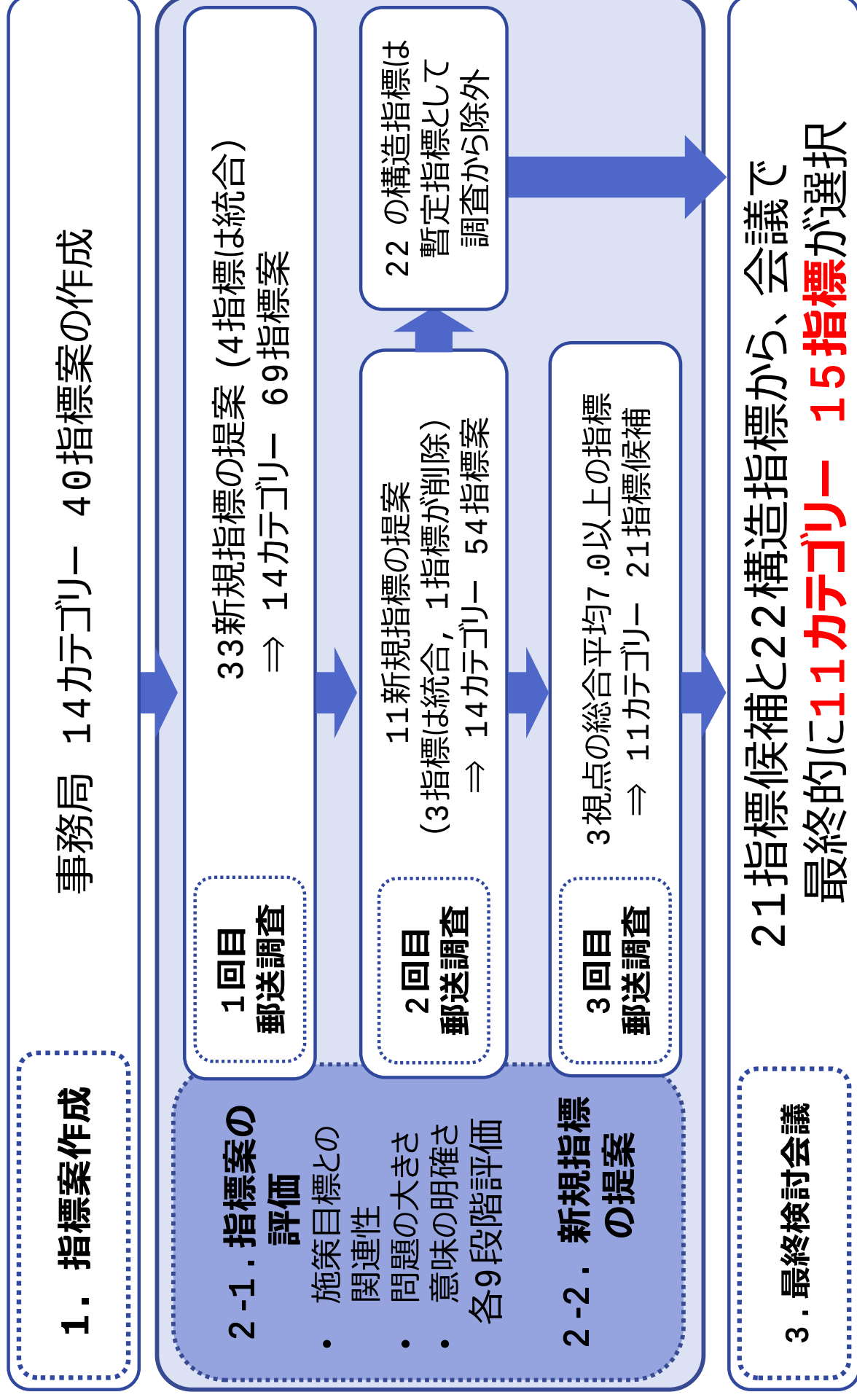
● 医療者からみた
緩和ケアの変化
【量的検討】



緩和ケアに関するがん対策の目標達成状況の把握
今後、重点的に取り組むべき具体的な施策の提案

緩和ケア分野の評価指標の作成

【方法】デルファ法を用いてパネルメンバー48名の意見を集約



緩和ケア分野の評価指標の作成

カテゴリー	指標	情報源
死亡場所	1. 死亡場所（自宅）	人口動態調査
	2. 死亡場所（施設）	
医療用麻薬の利用状況	3. 主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量	厚生労働省【代理指標】
緩和ケア専門サービス	4. 専門的緩和ケアサービスの利用状況	拠点病院現況報告調査
緩和ケア専門人員サービス	5. 専門・認定看護師の専門分野への配置	日本看護協会
一般医療者に対する教育	6. 緩和ケア研修修了医師数	厚生労働省
一般市民への普及状況	7. 一般市民の緩和ケアの認識	内閣府 世論調査
緩和ケアに関する地域連携	8. 一般市民の医療麻薬に対する認識	拠点病院現況報告調査
	9. 地域多職種カンファレンスの開催状況	
がん患者のQOL	10. がん患者のからだのつらさ	患者診療体験調査 (若尾班)
	11. がん患者の疼痛	
	12. がん患者の気持ちのつらさ	
	13. 医療者の対応の質	
終末期がん患者の緩和ケアの質評価	13. 医療者の対応の質	今回は測定困難
終末期がん患者のQOL	14. 終末期がん患者の療養場所の選択	
家族ケア	15. 家族の介護負担感	

関係者・患者・医療者からみた緩和ケアの変化【質的検討】

【調査目的】 がん対策推進基本計画策定後の緩和ケアの変化を明らかにする

【調査方法】 半構造化インタビュー調査（平成26年1～5月）
60分程度/回

【調査内容】 《変化》 施策による変化と変化していないこと 及びその理由
《有用性》医療従事者・関係者にとっての施策の有用性, 医療
従事者からみた患者・家族にとっての施策の有用性 及びその理由
《推奨》がん対策を進めるうえで改善すべき点 及びその理由

【対象者】 50名

《内訳》

医師	19
看護師	19
薬剤師	3
M SW	2
患者、遺族等	7

がん対策による緩和ケアの変化（インタビュー調査結果）

Q. 緩和ケア利用者への影響

K. 医療従事者が提供する緩和ケアの変化

L. 医療従事者のコミュニケーションと意思決定支援の向上

N. 緩和ケアチームの利用の増加

M. 多職種・多診療科によるチーム医療アプローチの充実

O. 患者・家族の相談支援体制の充実

P. 地域連携機能の強化

E. 患者・家族の緩和ケアに関する認識の変化

I. 医療従事者の緩和ケアに取り組む姿勢の変化

J. 緩和ケアの専門家が活動する場の確立

H. 拠点病院の緩和ケア提供体制の整備

G. 都道府県内の緩和ケア提供体制の整備

F. 緩和ケアに関する医療資源・人的資源の増加

D. 医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化

C. 緩和ケアに関する医療従事者の教育機会の増加

B. 緩和ケアに関する情報を得る機会の増加

A. 社会全体への緩和ケアの浸透

医療者からみた緩和ケアの変化【量的検討】

【調査目的】 医療者からみた緩和ケアの変化を量的に明らかにする

【調査方法】 アンケート調査（平成27年1月～3月）

- 【調査内容】
- ・ 緩和ケアに関する知識・困難感など
 - ・ 緩和ケア施策の有用性
 - ・ 過去3年間の緩和ケアに関する変化

【対象者数】

医師					
配布数	6,383	4,876	2,995	14,254	
回答数	1,832 (29%)	1,468 (30%)	1,514 (51%)	4,814 (34%)	
看護師					
配布数	6,981	941	955	8,877	
回答数	3,018 (43%)	306 (33%)	526 (55%)	3,850 (43%)	

医療者からみた緩和ケアの変化 【量的調査によって得られるデータ】

医師・看護師調査

①横断調査

- 緩和ケアの変化の程度を把握
- 施設や地域の緩和ケアに関するシステムの整備状況を把握

医師調査

- ②「がん医療における緩和ケアに関する意識調査（2008）」との前後比較
- ③がん医療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修受講者と非受講者との群間比較
⇒ 緩和ケアに関する知識・バリアの差を検証

看護師調査

- ④「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」研究の介入前結果（2008）との前後比較
⇒ 緩和ケアに関する知識・態度・困難感の差を検証

緩和ケアの変化 インタビュー・アンケート結果

C.緩和ケアに関する医療従事者の教育機会の増加

緩和ケアに関する集合型研修会の実施体制が整備された

量

		機能		機能		機能		
		している	していない	している	していない	している	していない	
医師	拠点病院	64%	23%	1%		59%	19%	1%
	拠点病院以外の病院	42%	32%	11%		15%	22%	25%
	診療所	29%	46%	8%		42%	30%	6%

質

●変化のきっかけ・理由

拠点病院による緩和ケア研修会の実施

がんプロフェッショナル養成プランの取り組み

病院の看護部としての取り組み

医療従事者の関心の高まり

地域医療再生交付金による予算化

地域の医療機関同士の連携

●変化したこと

C-1.医療従事者の緩和ケアに関して研修機会が増加した

C-2.在宅医療に関わる医療従事者の緩和ケアに関する研修機会が増加した

■変化しないこと

C-n2.緩和ケアに関する教育機会に地域格差がある

C-n3.緩和ケア専門医が持つべき専門的技術が不明確

C-n5.医学教育で患者に寄り添う医療モデルが教育されていない

緩和ケアの変化 インタビュー・アンケート結果

D.医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化

緩和ケアや在宅医療について意識して診療するようになった

	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
医師						
拠点病院	23%	63%	8%		76%	6%
拠点病院以外の病院	21%	63%	8%	拠点病院以外の病院	57%	14%
診療所	27%	47%	17%	訪問看護ステーション	75%	5%

質

拠点病院制度によるがん医療全体の進歩

組織管理者のリーダーシップ

緩和ケアを受けた患者のQOL

拠点病院の緩和ケア研修会等の研修機会の増加

拠点病院に緩和ケア専門部門（緩和ケアチーム等）

他の医療者や連携病院の処方・診療の変化

医療従事者自身の経験や実績

- D-1. 医療福祉従事者の緩和ケアに対する理解が深まった
- D-3. 医療従事者の緩和ケアに関する知識が向上した
- D-5. 医療受持者が緩和ケアに関心を持つようになった

D-3. 医療従事者の緩和ケアに関する知識が向上した

D-5.医療受持者が緩和ケアに関心を持つようになった

D-2.医療従事者の医療用麻薬に対する抵抗感が減少した

D-4.医療従事者の緩和ケアに対する抵抗感が減少した

D-4. 医療従事者の緩和ケアに対する抵抗感が減少した

■ 変化しないこと

D-n1.医療従事者の緩和ケアに関する知識が不足している

D-n2.医師が医療用麻薬に対する抵抗感をいただいている

D-n3.医療従事者が緩和ケア≡終末期というイメージを抱いている

緩和ケアの変化 インタビュー・アンケート結果

H 拠点病院の緩和ケア提供体制の整備

苦痛を和らげるための専門的な治療を行う医療機関が整備された

量

		機能している		機能していない		機能している		機能していない	
		機能している	機能していない	機能している	機能していない	機能している	機能していない	機能している	機能していない
医師	拠点病院	69%	21%	2%		70%	14%	1%	
	拠点病院以外の病院	43%	35%	10%		17%	17%	31%	
	診療所	38%	40%	9%		36%	32%	12%	

● 変化のきっかけ・理由

都道府県のがん対策推進計画の実施

拠点病院の整備

拠点病院の連絡協議会の実施

院内に緩和ケアに関するマニュアルの整備

疼痛管理に関する勉強会の実施

電子カルテの導入

● 変化したこと

H-1 病院全体で緩和ケアに積極的に取り組むようになった

H-2 院内で統一した疼痛管理が行える体制が整備された

■ 変化しないこと

- H-n1 がん患者のカウンセリング体制が整備されていない
- H-n2 緩和ケア外来が機能していない
- H-n3 病院管理者の緩和ケアに対する理解が乏しい

緩和ケアの変化 インタビュー・アンケート結果

J. 緩和ケアの専門家が活動する場の確立

症状緩和などで困ったときに相談できる専門家が配置された

量

		機能		体制		機能		体制	
		している	していない	している	していない	している	していない	している	していない
医師	拠点病院	65%	22%	3%		73%	15%		1%
	拠点病院以外の病院	37%	28%	22%		18%	11%		41%
	診療所	16%	35%	27%		19%	34%		21%

質

● 変化のきっかけ・理由

拠点病院の整備

専門・認定看護師の育成・増加

A 社会全体の緩和ケアの浸透

D 医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化

緩和ケア研修会等の研修受講

● 変化したこと

J-1 .院内に緩和ケアに関する相談ができる専門部門が確立した

J-2 .チーム医療における薬剤師の役割が明確になった

J-3 .専門・認定看護師が組織横断的に活動する場ができた

J-4 .緩和ケアの専門家のネットワークができた

■ 変化しないこと

J-n1 .緩和ケアチームのメンバーが専従・専任で業務できる状況になっていない

J-n2 .緩和ケアチームがバーチャルで、組織上現実的には独立していない

J-n3 .緩和ケアチームの活動が組織の中で評価されない

緩和ケアの変化 インタビュー・アンケート結果

K.医療従事者が提供する緩和ケアの変化

量

がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになった

医師	拠点病院	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
		37%	46%	10%	17%	65%	5%
	拠点病院以外の病院	40%	46%	8%	9%	49%	17%
	診療所	33%	24%	32%	11%	67%	8%

がんの疼痛が悪化したとき、すぐ対応できる医療用麻薬の速放性製剤を用意するようになった

医師	拠点病院	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
		34%	48%	10%	21%	63%	4%
	拠点病院以外の病院	33%	48%	10%	11%	45%	17%
	診療所	24%	23%	37%	14%	64%	7%

臨床経験・マニュアル・講習会などによって、曖昧だった緩和ケアの裏付けとなる知識が増えた

医師	拠点病院	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
		8%	57%	17%	11%	57%	16%
	拠点病院以外の病院	11%	67%	13%	4%	30%	34%
	診療所	11%	55%	18%	7%	59%	17%

緩和ケアの変化 インタビュー・アンケート結果

K.医療従事者が提供する緩和ケアの変化【続き】

質

●変化のきっかけ・理由

医学部での卒前教育の充実

製薬会社の勉強会や同僚の会話などによる
情報を得る機会の増加

緩和ケア研修会等の研修機会の増加

緩和ケアチームの活動実績

医療用麻薬の剤形や投与方法の増加

医療従事者の医療用麻薬に対する抵抗感の低下

D 医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化

医療従事者自身の経験や実績

患者の身体的症状や精神的症状の
コントロールの実施

●変化したこと

K-a.身体的苦痛へのケア
K-a1.医療用麻薬による疼痛管理が行われるようになった
K-a2.レスキュードーズが使われるようになった

K-b.精神心理的苦痛へのケア
K-b1.精神心理的苦痛への支援が行われるようになった
K-b2.せん妄に対するケアが行われるようになった

K-c.社会的苦痛へのケア
K-c1.就労支援が行われるようになった

K-d.終末期のケア
K-d1.鎮静の適応について検討するようになった
K-d2.終末期にはDNRを確認するようになった

K-e.遺族のケア
K-e1.遺族ケアが行われるようになった

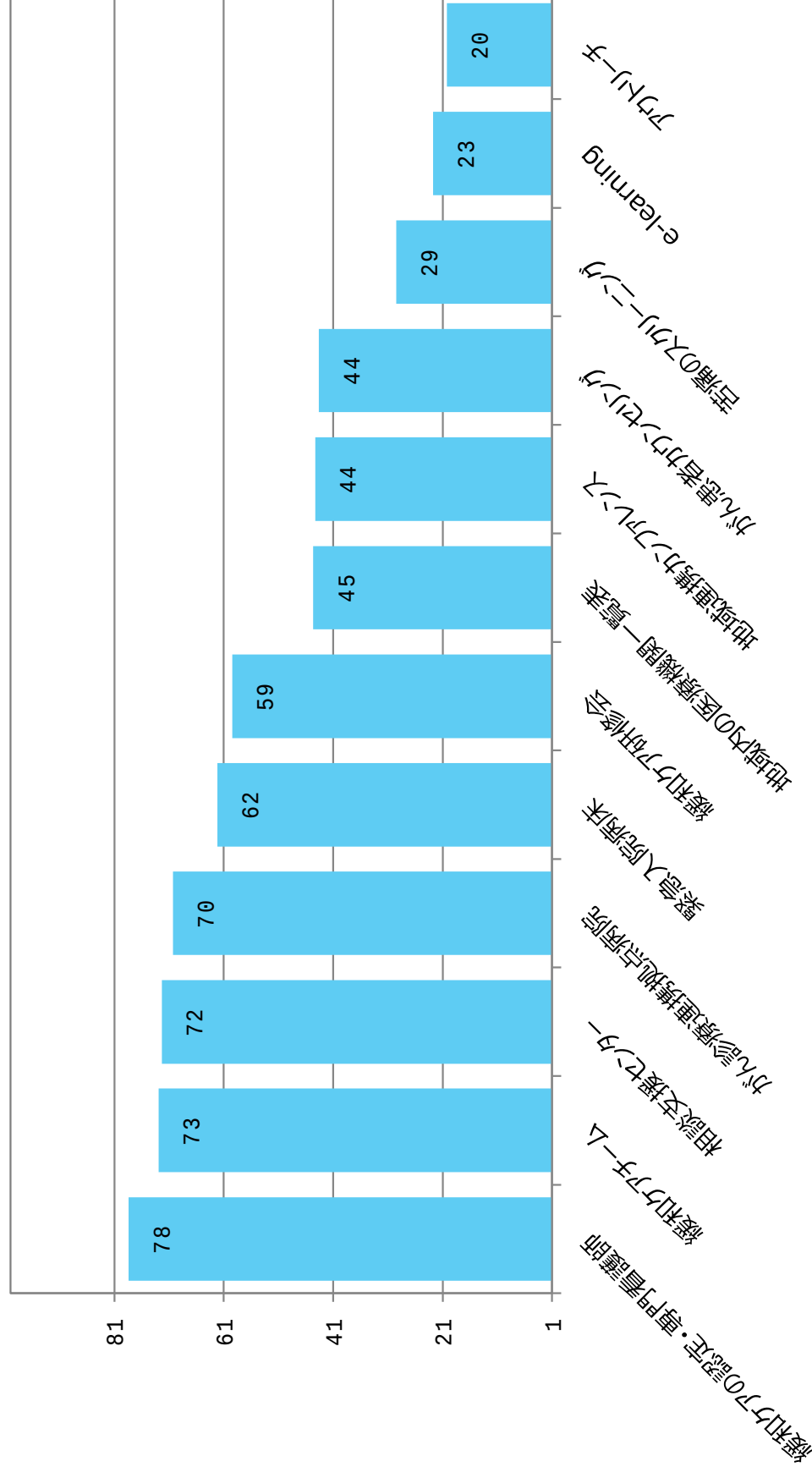
■変化しないこと

K-na1.疼痛や苦痛に対する医療者のアセスメント能力が不足している
K-na2.医療用麻薬が適切に使用されていない
K-na3.医療用麻薬の服薬指導が不十分である
K-na4.医療用麻薬の使用に施設格差がある
K-nb1.患者の悩みや不安に対するサポートが不十分である
K-nb2.せん妄に対するケアが不十分である
K-nd1.医師が亡くなりゆく患者の気持ちに寄り添った心理的サポートができない

医師調査

横断調査

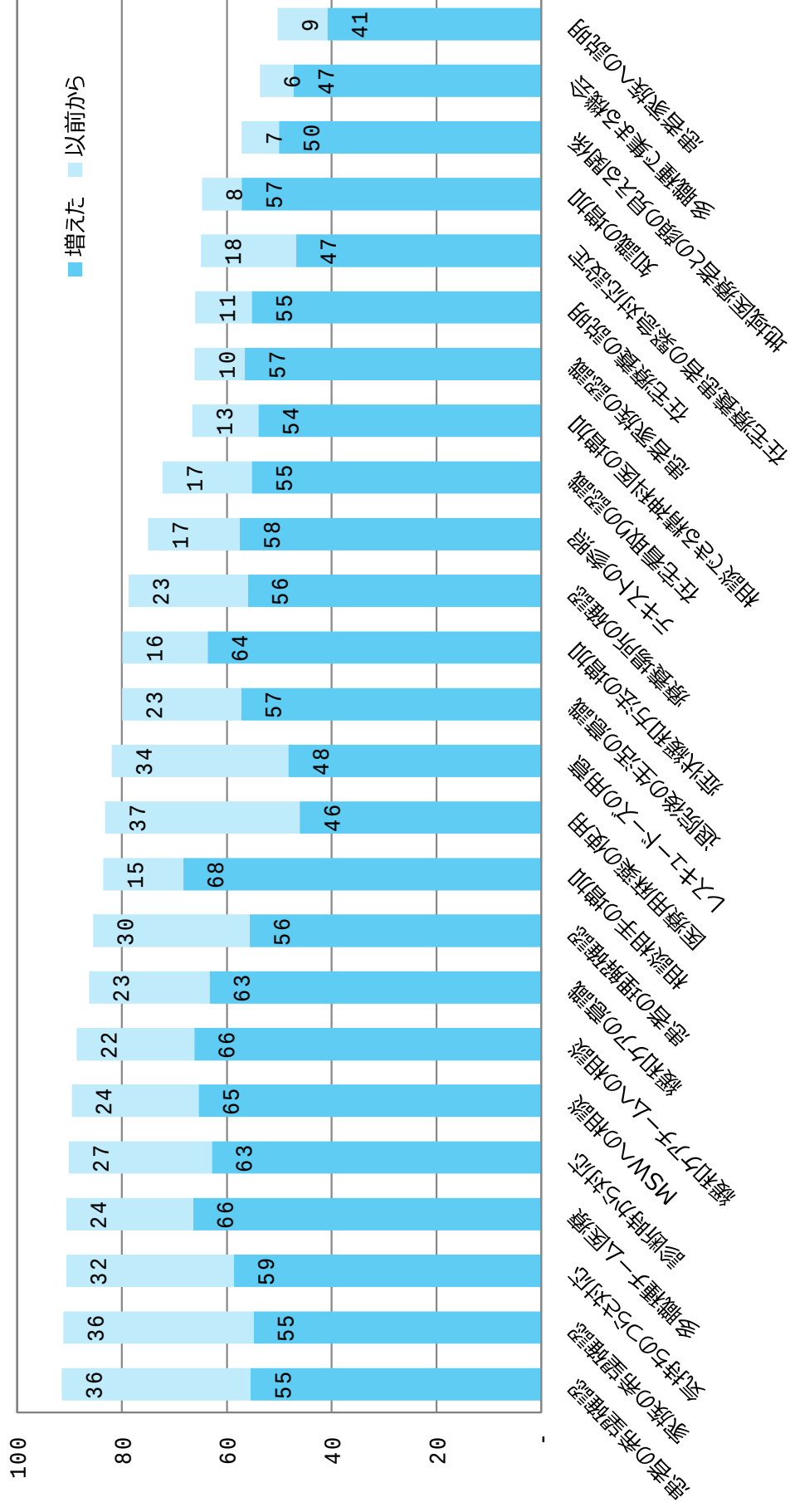
緩和ケア提供体制の整備 拠点病院 拠点病院（がん診療している医師）
各機能について機能していると回答した割合（%）



医師調査

横断調査

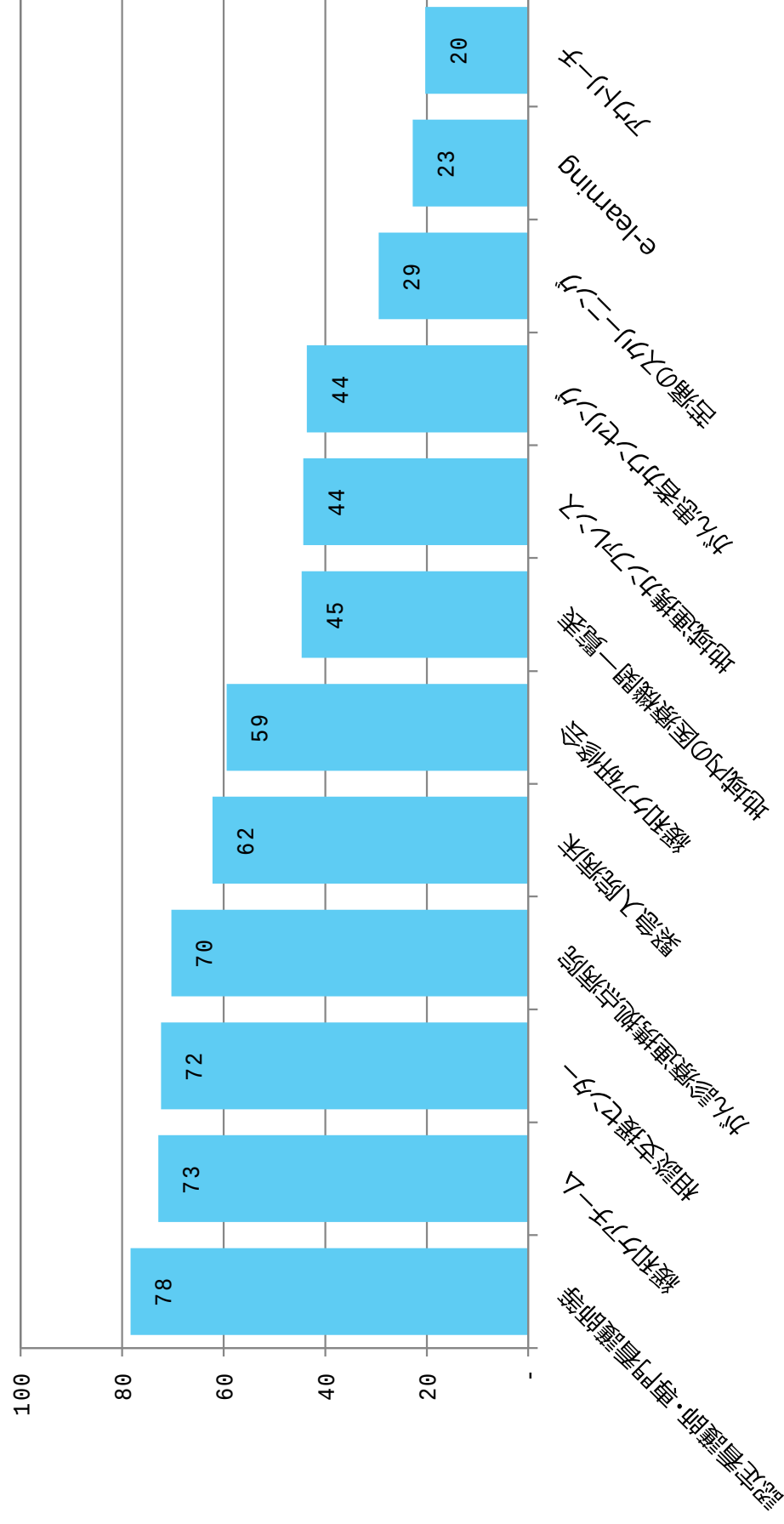
緩和ケアの変化 拠点病院（がん診療医師）
各項目について以前から行っている，増えたと回答した割合（%）



看護師調査

横断調査

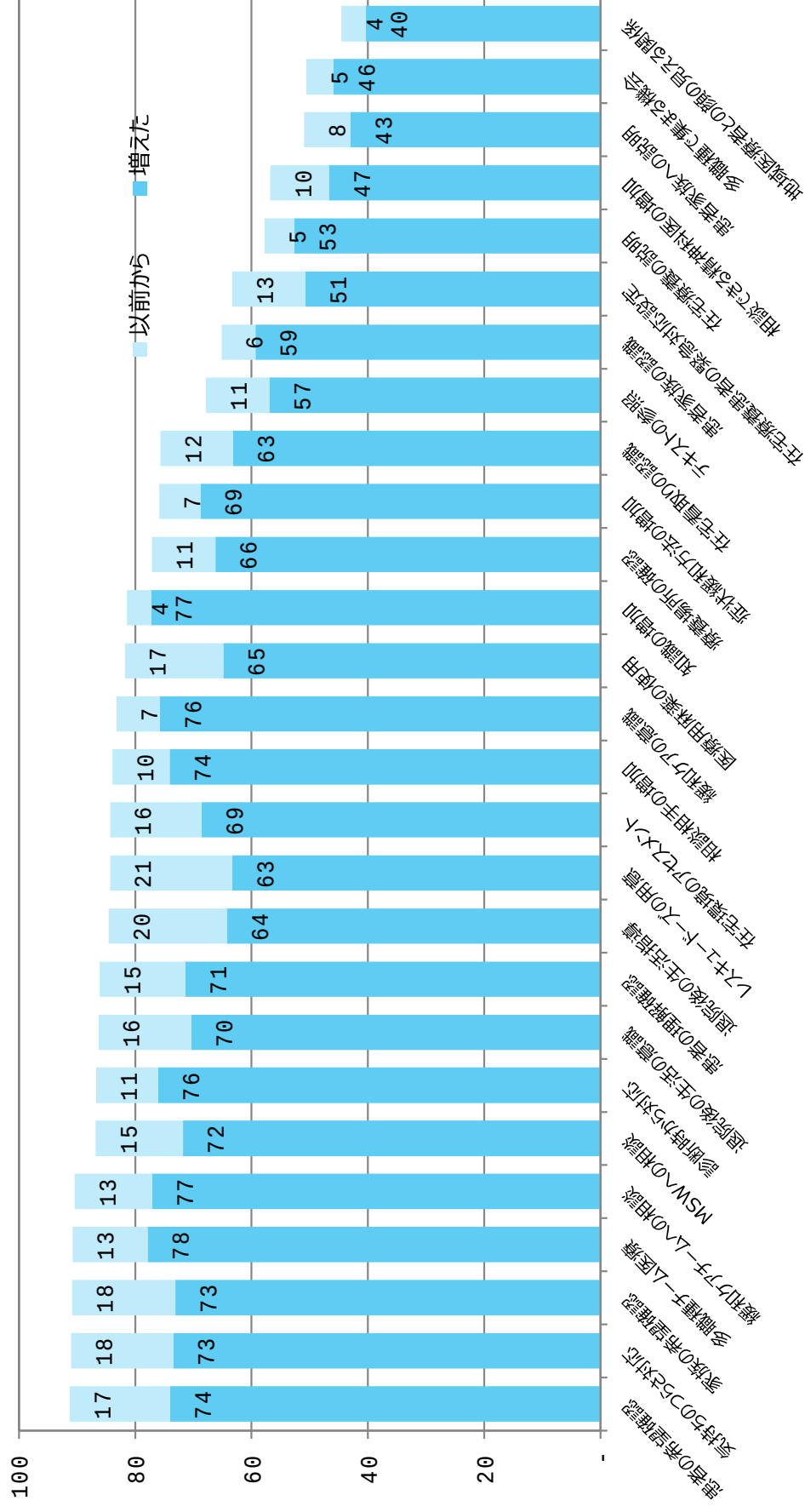
緩和ケア提供体制の整備 拠点病院
各機能について機能していると回答した割合（%）



看護師調査

横断調査

緩和ケアの変化 拠点病院
各項目について以前から行っている，増えたと回答した割合（％）



医療者調査 結果 (1)

1-1. 緩和ケアに関連する体制について、拠点病院の医師の多くは、相談支援センター、緩和ケアチーム、緩和ケア研修会などの拠点病院制度に関連した体制が機能していると感じていた。

一方で、拠点病院の医師に比して、**拠点病院以外の病院や診療所の医師は、体制が機能していると感じている者は少なかった。**

1-2. 医師が考える3年間の自身の変化では、診断時からの苦痛への対応の意識、専門家や多職種との連携が増えたと考えている医師が多かった。また、患者・家族の希望の確認や医療用麻薬の使用については、以前から行っていた医師も多かったが、増えたと考えている医師も多かった。これらの変化を感じている医師は、がん診療を行っている医師の方がより多かった。

一方で、他の項目に比して、**在宅移行を含めた地域連携については、変化を感じている医師は少なかった。**

医療者調査 結果 (2)

2-1. 緩和ケアに関連する体制について、拠点病院の看護師では、認定看護師・専門看護師、緩和ケアチーム、相談支援センターなど、がん拠点病院に配置が定められている項目について機能していると感じている者が多かった。

一方で、拠点病院の看護師に比して、**拠点病院以外の病院や訪問看護ステーションの看護師の多くは、拠点病院制度をはじめとして、多くの体制が機能しているとは感じていなかった。**

2-2. 看護師が考える3年間の自身の変化では、緩和ケアの意識、疼痛等の症状の対応、患者・家族の希望の確認、多職種との連携、退院後の生活の意識など、各項目で変化を感じている看護師が多かった。特に、拠点病院、訪問看護ステーションで、変化を感じている看護師が多かった。

一方、**地域の医療者との関係構築や多職種・多施設で集まる機会など、直接的な地域連携に関連する項目は、他の項目に比して変化を感じている看護師は少なかった。**

医療者からみた緩和ケアの変化 【アンケート調査によって得られるデータ】

医師・看護師調査

①横断調査

- 緩和ケアの変化の程度を把握
- 施設や地域の緩和ケアに関するシステムの整備状況を把握

医師調査

- ②「がん医療における緩和ケアに関する意識調査（2008）」との前後比較
- ③がん医療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修受講者と非受講者との群間比較
⇒ 緩和ケアに関する知識・バリアの差を検証

看護師調査

- ④「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」研究の介入前結果（2008）との前後比較
⇒ 緩和ケアに関する知識・態度・困難感の差を検証

医師調査

「がん医療における緩和ケアに関する意識調査（2008）」との前後比較

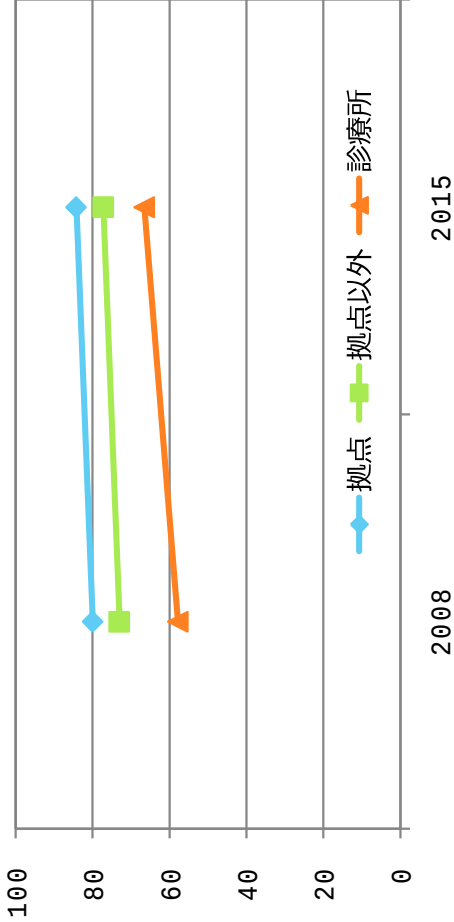
知識	正答割合（％）																	
	拠点病院				拠点以外の病院				診療所									
	2008 (n=4856)		2015 (n=838)		2008 (n=23840)		2015 (n=1447)		2008 (n=20788)		2015 (n=578)							
	効果量	P	平均	SD	効果量	P	平均	SD	効果量	P	平均	SD						
	平均±	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD						
理念	94	28	98	20	0.17	***	91	36	94	26	0.12	***	80	66	89	36	0.25	***
疼痛・オピオイド	75	33	80	24	0.20	***	67	36	72	26	0.18	***	50	49	59	26	0.35	***
合計	80	27	84	20	0.23	***	73	31	77	22	0.20	***	58	44	67	24	0.38	***

数値が高いほど知識が高いことを示す,* $P<0.05$ ** $P<0.01$, *** $P<0.001$

† 効果量：2008と2015での変化の大きさを表す（小さな効果量：0.2以上0.5未満，中等度の効果量：0.5以上0.8未満，大きな効果量：0.8以上）

‡ 年齢，性別，看取り数で調整した平均，標準偏差（SD）

合計平均：施設種別



看護師調査

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM)」研究介入前結果 (2008) との前後比較

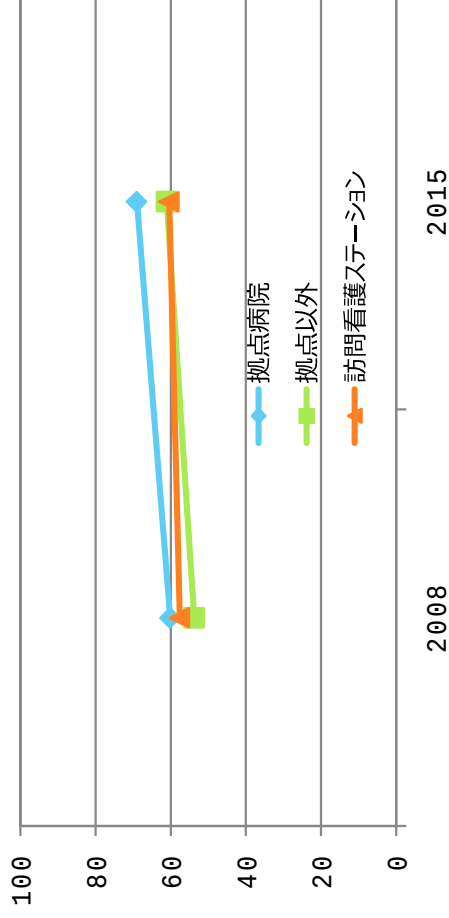
正答割合 (%)											
拠点病院				拠点以外の病院				訪問看護ステーション			
2008 (n=1515)		2015 (n=1227)		2008 (n=1010)		2015 (n=1928)		2008 (n=198)		2015 (n=595)	
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
理念	92	42	93	37	0.01	86	50	88	55	92	85
疼痛・オピオイド	63	42	75	36	0.46	54	43	66	48	63	88
呼吸困難	52	40	59	35	0.31	45	39	53	43	48	82
せん妄	48	47	56	41	0.22	56	46	47	51	45	93
消化器症状	59	45	59	39	0.42	55	46	63	52	68	92
合計	60	30	69	26	0.48	54	30	61	34	60	65

数値が高いほど知識が高いことを示す, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

+ 効果量 : 2008と2015での変化の大きさを表す (小さな効果量 : 0.2以上0.5未満, 中等の効果量 : 0.5以上0.8未満, 大きな効果量 : 0.8以上)

年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看護経験の有無で調整

合計平均 : 施設種別



医療者調査 結果 (3)

3-1. 2008年に実施した調査と比較した結果、医師の緩和ケアに関する知識は上昇していた。正答割合は「拠点病院」、「拠点病院以外の病院」、「診療所」の順に高かった。

3-2. 緩和ケアを提供するうえでの支障について、**知識や技術が十分だと考えている医師は2～4割程度**に留まっており、大きな変化はなかった。一方で、専門家の支援は得られやすくなったと考えている医師は増えており、拠点病院でより顕著であった。

医療者調査 結果（４）

４－１．２００８年に実施した調査と比較した結果、看護師の疼痛管理の知識をはじめとする緩和ケアに関する知識は上昇していた。

とくに、拠点病院の看護師の変化が、拠点病院以外の病院、訪問看護ステーションの看護師よりも大きく、正答割合も高かった。

４－２．緩和ケアを提供するうえでの困難感は、各領域で減少していた。拠点病院では全体的に他の施設よりも困難感は少なく、特に専門家からの支援が得やすくなったという変化が目立った。

一方で、訪問看護ステーションでは**専門家からの支援や医療者間のコミュニケーション**について、他の施設に比べて**困難**を強く感じていた。

医療者調査 主な変化のまとめ

- (1) 2008年と比較して、医師と看護師の緩和ケアに関する知識、支障・困難感は統計学的に改善していた。
- (2) さらに、この3年間の自身の緩和ケアに関する変化を感じている医師と看護師は多かった。がん診療に携わる医師では、がん診療を行わない医師に比して、変化を感じている者が多く、緩和ケアはがん診療に携わる医師により浸透していた。
- (3) その要因は、質的調査からがん拠点病院制度の整備やそれに基づき緩和ケアチーム等の専門家の配置、緩和ケアに関する研修の機会の増加による、医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化によるものと考えられた。
- (4) 量的調査からも、拠点病院に勤務する医療従事者では、がん拠点病院制度とそれに関連した体制が機能していると感じている者は多かった。

医療者調査 主な課題のまとめ

- (1) 一方で、がん拠点病院と他の施設で比較すると、がん拠点病院の方が緩和ケアに関する知識が高く、支障・困難感が低いという状況があった。特に、がん拠点病院以外では、専門家からの支援が得がたいことが明らかになった。
- (2) 緩和ケアに関する体制整備では、がん拠点病院以外の医療従事者は、拠点病院制度をはじめとした各種の体制が機能していると実感できていないことが明らかになった。
- (3) 他の項目に比して、地域連携について変化を感じている医師・看護師は全体的に少なく、他の領域に比べて地域連携の取り組みが遅れていることが明らかになった。
- (4) また、医師について、緩和ケアに関する知識は客観的には向上しているものの、「知識・技術は十分」だと考えている割合は2～4割程度に留まっており、大きな変化はなかった。

がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム指導者研修

【平成27年度開催日（2日間）】

1回目：2015年10月3日（土）～4日（日）**開催済み**

2回目：2016年 3月5日（土）～6日（日）

【会場】

国立がん研究センター 築地（東京都中央区築地）

【研修目標】

都道府県がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制を強化するため、緩和ケアチームを中心として緩和ケアセンターの機能を整備するための具体的な対策を検討する。

がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム指導者研修

【研修対象者】

都道府県がん診療連携拠点病院、または都道府県内の緩和ケアサービスを向上するために中心的役割を担うことができる施設の緩和ケアチームであること。なお下記の条件を満たすこと。

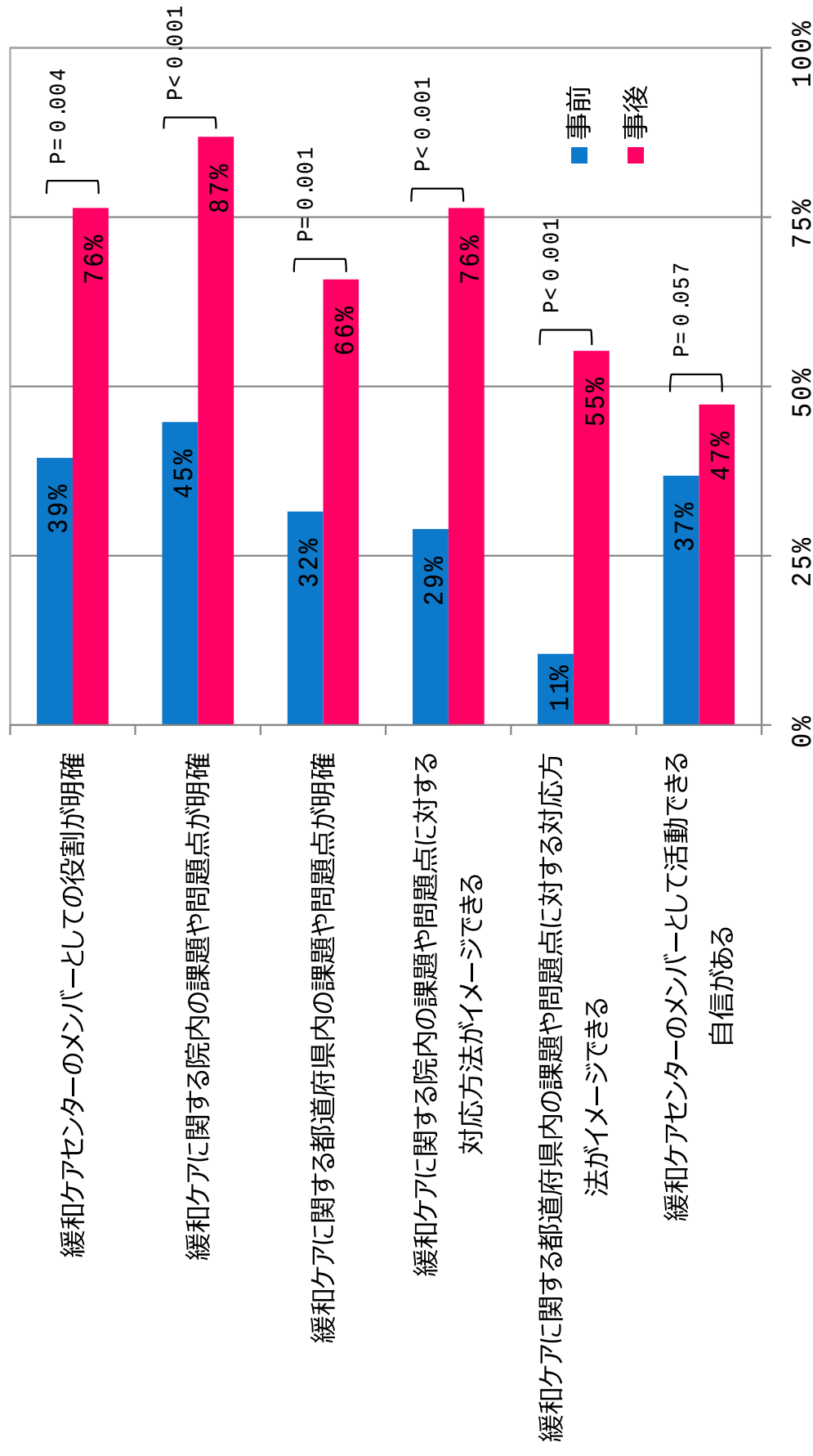
- 1) 緩和ケアセンターを整備、または整備に向けて調整している施設の緩和ケアチーム
- 2) 原則として、緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーを担う看護師1名、緩和ケアチームとして活動する医師、看護師各1名を含む3～4名で参加できる
- 3) 院内のコンサルテーションを十分に行っている緩和ケアチーム

がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム指導者研修

プログラム		研修方法	時間/分
1日目			
I	Key Note Speech	導入	30
II	施設紹介	参加施設の取組紹介	50
III	ジェネラエルマネージャーの役割	講義	45
IV	苦痛のスクリーニングを用いた緩和ケアニーズの把握	講義	45
V	院内の緩和ケアの水準を向上する方法の検討	グループワーク	120
VI	まとめ		20
2日目			
VII	職種別分科会	グループワーク	135
VIII	都道府県内の緩和ケアの水準を向上するための取り組み紹介	講義	75
IX	都道府県内の緩和ケアの水準を向上する方法の検討	グループワーク	120
X	修了式		20

がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム指導者研修

研修前後アンケート結果（ややと思う, と思うと回答した割合*） N=38



*回答方法は、「1 そう思わない」、「2 あまりそう思わない」、「3 どちらとも言えない」、「4 ややと思う」、「5 そう思う」から1つ選択

● がん対策進捗管理指標「緩和ケア分野」（2015 年 5 月 11 日版）

指標の色分け

	測定可能と考えられるもの
	協力施設や代理指標等を用いて測定可能と考えているもの
	測定を試行するが、継続的に測定可能かどうか不明なもの
	平成 26 年度中には測定が困難と予想されるもの

死亡場所	
1	指標名：死亡場所（自宅） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の自宅死亡割合
2	指標名：死亡場所（施設） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の施設死亡割合
医療用麻薬の利用状況	
3	指標名：主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量 データ源：厚生労働省【算出可能データで代理指標とする】 対象（分母）： （絶対値） 算出法（分子）： 主要な医療用麻薬（経口モルヒネ＋経腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）の消費量（g/年）
緩和ケア専門サービスの普及	
4	指標名：専門的緩和ケアサービスの利用状況 データ源：医療施設調査等【拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数、緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要】 対象（分母）： 全医療機関 算出法（分子）： 過去 1 年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・（機能強化型）在宅療養支援診療所・（機能強化型）訪問看護ステーションを利用したがん患者数（延べ数）
緩和ケア専門人員の配置	
5	指標名：専門・認定看護師の専門分野への配置 データ源：専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】 対象（分母）： がん看護専門看護師，緩和ケア認定看護師，がん性疼痛看護認定看護師 算出法（分子）： 「緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事できている」と回答した割合
一般医療者に対する教育	
6	指標名：緩和ケア研修修了者数 データ源：厚生労働省（発行修了証数） 対象（分母）： （絶対値） 算出法（分子）： 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了医師数
一般市民への普及	
7	指標名：一般市民の緩和ケアの認識 データ源：がん対策に関する世論調査 対象（分母）： 一般市民 算出法（分子）： 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげることということをよく知っている」，「がんに対する緩和ケア

		はがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合
8	指標名：一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源：がん対策に関する世論調査 対象（分母）： 一般市民	算出法（分子）： 「がんの痛みに対して使用する医療用麻薬は、精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合
緩和ケアに関する地域連携		
9	指標名：地域多職種カンファレンスの開催状況 データ源：がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象（分母）： がん診療連携拠点病院	算出法（分子）： 都道府県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数
がん患者の QOL		
10	指標名：がん患者のからだのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
11	指標名：がん患者の疼痛 データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
12	指標名：がん患者の気持ちのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者	算出法（分子）： 「気持ちがつらい」について「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
終末期がん患者の緩和ケアの質		
13	指標名：医療者の対応の質 データ源：遺族アンケート調査【平成 26 年度中の測定は困難】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合
終末期がん患者の QOL		
14	指標名：終末期がん患者の療養場所の選択 データ源：遺族アンケート調査【平成 26 年度中の測定は困難】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合
家族ケア		
15	指標名：家族の介護負担感 データ源：遺族アンケート調査【平成 26 年度中の測定は困難】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合

● 各指標データ

死亡場所に関する状況	
1	指標名：死亡場所（自宅） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者
	算出法（分子）： がん患者の自宅死亡割合
2	指標名：死亡場所（施設） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母） 全がん死亡者
	算出法（分子） がん患者の施設死亡割合
備考	がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合と併せて、施設死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死 (good death) に対する重要な要素となっている。がん患者遺族を対象とする調査では、半数以上が療養場所や死亡場所として自宅を希望したことが示されている。 グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によっては、自宅ではなく施設 (老人ホーム) に含まれてしまっている可能性がある。

死亡場所 (自宅・施設) (%)									
	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年
自宅	5.7	6.2	6.7	7.3	7.4	7.8	8.2	8.9	9.6
施設	0.6	0.8	0.9	1	1.2	1.4	1.6	2.0	2.2

(平成25年1月1日～平成25年12月31日 (2013))

医療用麻薬の利用状況

3	指標名：主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量 データ源：厚生労働省【算出可能データで代理指標とする】 対象（分母）： （絶対値）	算出法（分子）： 主要な医療用麻薬（経口モルヒネ＋経腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）の消費量（g/年）
---	--	--

備考 がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬の算出可能データとして、「主要な医療用麻薬（モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算（g））の全消費量」から「周術期の鎮痛薬として使用されることも多いフェンタニル注射液年間消費量 モルヒネ換算（g）」を除いた数値を代理指標とする（表記は **kg** 単位）。

なお、医療用麻薬の消費量は国単位の国際比較ではよく用いられる場合はあるが、指標としては法規制の指標（医療用麻薬が使用できるかどうか）と考えられており、国内の同じ法規制下にある状況下で、施設単位、地域単位の国内のがん疼痛管理の指標としての用いることができるかどうかは検討課題となっている。がん疼痛緩和の質を評価する方法については、研究班（細川班）の研究結果を踏まえて検討していく必要がある。

主要な医療用麻薬の消費量（g/年）（モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算（g））

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
(A) モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの年間合計消費量 モルヒネ換算(g)	4,053,423	5,163,710	5,304,662	5,251,049	5,249,506	5,226,454
(B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算(g)	175,507	219,315	246,946	272,708	336,224	311,856
(A)-(B)	3,877,915	4,944,396	5,057,716	4,978,341	4,913,283	4,914,598

出典：厚生労働省（平成25年1月1日～平成25年12月31日（2013））

緩和ケア専門サービスの普及状況

4	指標名：専門的緩和ケアサービスの利用状況 データ源：医療施設調査等【拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要】 対象（分母）： 全医療機関 算出法（分子）： 過去 1 年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・（機能強化型）在宅療養支援診療所・（機能強化型）訪問看護ステーションを利用したがん患者数（延べ数）
備考	専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。

医療施設調査：緩和ケアの状況

		平成 20 年	平成 23 年
緩和ケア病棟あり	施設数	229	279
	病床数	4230	5122
	9 月中の取扱患者延数	70542	87483
緩和ケアチームあり	施設数	612	861
	9 月中の患者数	16349	23374
	（再掲）新規依頼患者数	3453	5191

拠点病院現況報告書（2014 年 10 月）

	平成 25 年 合計
（397 施設/409 施設の回答）	
緩和ケアチーム：年間新規診療症例数	56655
緩和ケア外来：年間新規診療症例数	21109

（平成25年1月1日～平成25年12月31日（2013））

緩和ケア専門人員の配置状況

5	指標名：専門・認定看護師の専門分野への配置 データ源：専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】 対象（分母）：がん看護専門看護師，緩和ケア認定看護師，がん性疼痛看護認定看護師 算出法（分子）：「緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任として従事できている」と回答した割合
---	--

備考 がん診療連携拠点病院の指定要件では、緩和ケア提供体制の整備のため、緩和ケアチームまたは緩和ケアセンターに、公益社会法人看護協会が認定するがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師のいずれかを専従として配置することが示されていることから、専門領域への配置状況を確認する指標とする。

下記数値は、業務全体に占める緩和ケアの割合であり、緩和ケア領域の専門分野(緩和ケアチーム、緩和ケアセンター、相談支援センター等)の業務に限定しない一般的な診療環境で提供されるケアも含まれている。

参考として、医師については日本緩和医療学会の専門医数を指標とする。

専門看護師・認定看護師の業務全体に対する緩和ケアへの従事割合(%)

	がん看護 専門看護師 (n=173)	緩和ケア 認定看護師 (n=618)	がん性疼痛 認定看護師 (n=249)
1-19%	15.6	13.4	18.5
20-49%	27.2	23.3	30.1
50-79%	25.4	20.2	17.7
80-99%	21.4	20.2	16.5
100%	9.2	22.0	16.1

(日本看護協会調べ:平成26年8～9月(2014))

一般医療者に対する教育状況

6	指標名：緩和ケア研修修了医師数 データ源：厚生労働省（発行修了証数） 対象（分母）： （絶対値）	算出法（分子）： 緩和ケア研修会の修了医師数
---	---	-----------------------------------

備考	がん対策の緩和ケアの目標である「5年以内に、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること」という観点から、一般医療者の育成について、がん診療に携わる医師の研修修了者数の全体像を捉える目的で指標とする。 参考として、看護師については「がん医療に携わる看護師研修（日本看護協会）」の研修プログラム修了者を指標とする。
----	--

緩和ケア研修修了医師数

年.月	H20 年 12 月	H21 年 10 月	H22 年 12 月	H24 年 9 月	H25 年 3 月	H26 年 9 月	H27 年 3 月
修了証 書交付 枚数	1,071	9,260	20,124	36,647	40,550	52,254	57,764

一般市民への普及状況

7	指標名：一般市民の緩和ケアの認識 データ源：がん対策に関する世論調査（内閣府） 対象（分母）： 一般市民 算出法（分子）： 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげることということをよく知っている」、「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合
備考	患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており、がん対策の施策として一般民への普及啓発が進められていることから、罹患前の一般市民への普及啓発状況を把握する指標とする。
8	指標名：一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源：がん対策に関する世論調査（内閣府） 対象（分母）： 一般市民 算出法（分子）： 「医療用麻薬は精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合
備考	患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており、患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が認められている。患者・家族に麻薬の正しい理解が得られないことから、適切に使用されないこともあり、医療用麻薬の正しい認識状況を指標とする。

がん対策に関する世論調査:緩和ケアについて

質問	回答	H25 年 1 月 (N=1883) (%)	H26 年 11 月 (N=1799) (%)
がん医療における緩和ケアとは、がんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか	よく知っている 言葉だけは知っている 知らない	34.3 29.0 35.7	40.5 26.8 31.8
あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきものと思っていますか	がんと診断されたときから がんの治療が始まったときから がんが治る見込みがなくなったときから	58.3 22.6 13.1	57.9 21.8 13.9
医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか(複数回答可)	正しく使用すればがんの痛みに効果的だと思う 正しく使用すれば安全だと思う だんだん効かなくなると思う 最後の手段だと思う いったん使用し始めたらやめられなくなると思う 眠気や便秘などの副作用が強いと思う 寿命を縮めると思う 「麻薬」という言葉が含まれていて、怖いと思う 精神的におかしくなると思う がんの治療に悪い影響があると思う 使用することは道徳に反することだと思う	- - - - - - - - - - -	55.7 52.8 37.1 32.6 17.7 15.3 12.9 11.6 10.0 2.2 1.2
がんの痛みが生じ、医師から医療用麻薬の使用を提案された場合、医療用麻薬を使用したいと思いますか	使いたい どちらかといえば使いたい どちらかといえば使いたくない 使いたくない	- - - -	41.3 31.0 19.5 5.1

OPTIM 研究:地域住民の医療用麻薬についての知識(介入前 平成 20 年)

質問	回答	(%)
モルヒネなどの医療用麻薬は麻薬中毒になったり、命を縮める	そう思わない	12
	あまりそう思わない	17
	どちらともいえない	38
	そう思う	22
	とてもそう思う	4

出典:OPTIM Report 2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書

緩和ケアに関する地域連携の状況

9	指標名：地域多職種カンファレンスの開催状況 データ源：がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象（分母）： がん診療連携拠点病院 算出法（分子）： 県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数
---	--

備考 地域の緩和ケアに関する連携を促進するためには、多職種カンファレンス等による地域内の医療福祉従事者間のコミュニケーションの向上が寄与する。緩和ケアの地域連携の指標として、地域内の医療機関の連携が実際に行われているかを把握するため、地域多職種カンファレンスの開催数が指標となった。

本指標は、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域その他施設の多職種が参加するカンファレンスであり、「退院前カンファレンス」等、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まれない。

拠点病院現況報告書(2014 年 10 月)

(403 施設/409 施設の回答)	平成 26 年 合計
地域その他施設が参加する多職種連携カンファレンス開催回数(H 25.8.1～H 26.7.31)	1,799

がん患者の QOL の状況	
10	指標名：がん患者のからだのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者 算出法（分子）： 「からだの苦痛がある」について「あまりそう 思わない」、「そう思わない」と回答した割合
11	指標名：がん患者の疼痛 データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者 算出法（分子）： 「痛みがある」について「あまりそう思わ ない」、「そう思わない」と回答した割合
12	指標名：がん患者の気持ちのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者 算出法（分子）： 「気持ちがづらい」について「あまりそう思 わない」、「そう思わない」と回答した割合
備考	がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神 心理的苦痛・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和ケアされるこ と」という観点から、がん患者の療養生活の質（Quality-of-life, QOL）として「からだのつらさ」 の無さが指標とする。 質問「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある」という問いに対し、回 答方法は「1.そう思う」～「5.そう思わない」の 5 段階評価で 4.あまりそう思わない、5.そう思 わないと回答した割合とする。 受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として用いることが可 能（受療行動調査：3 年毎 10 月実施/ 翌年 9 月公表、次回平成 26 年度実施）。 なお、終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患 者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査によ る QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

受療行動調査(平成 23 年) がん患者:心身の状態

		(%)				
質問		そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう 思わない
外来	からだの苦痛がある	16.1	19.0	7.8	17.1	40.0
	痛みがある	12.6	15.3	6.5	13.4	52.2
	気持ちがづらい	12.4	18.4	11.8	15.1	42.4
入院	からだの苦痛がある	30.4	23.5	9.6	18.8	17.7
	痛みがある	24.4	22.2	9.2	16.4	27.8
	気持ちがづらい	24.5	24.7	14.0	15.0	21.7

出典:「日本のがん患者の QOL:受療行動調査を用いた全国調査結果」厚労科研費「がん対策に資するがん患者の療養生活の質の評価方法の確立に関する研究」班, (研究代表者 東北大学 宮下光令)

患者体験調査(平成 27 年 1～3 月)

		(%)				
質問		そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう 思わない
からだの苦痛がある		10.6	23.9	8.1	25.9	31.5
痛みがある		6.3	14.1	7.7	20.0	51.9
気持ちがづらい		8.7	19.6	10.2	22.2	39.3

終末期がん患者の緩和ケアの質の状況

13	指標名：医療者の対応の質 データ源：遺族アンケート調査【平成 26 年度中の測定は困難】 対象（分母）： がん患者遺族 算出法（分子）： 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに 対応していた」と回答した割合
----	--

備考 がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」という観点から、医療者のケアの質（Quality-of-Care, QOC）として「医療者が患者のつらい症状にすみやかに対応していた」かについて指標とした。

対象については、終末期がん患者への調査負担を考慮して遺族調査で代理する。

遺族による緩和ケアの質調査結果

質問	回答	（%）	
		平成 20 年 拠点病院	平成 23 年 一般・拠点病院
医師は患者のつらい症状にすみやかに対応していた	改善の必要が 全くない ほとんどない の合計	55	62

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2（J-HOPE2）

終末期がん患者の QOL の状況

14	指標名：終末期がん患者の療養場所の選択 データ源：遺族アンケート調査【平成 26 年度中の測定は困難】 対象（分母）： がん患者遺族 算出法（分子）： 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合
----	--

備考 がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、「患者が望んだ場所で過ごせたか」を指標とする。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死（good death）に対する重要な要素である。対象については、療養場所の選択が重要となる終末期の患者とし、遺族調査で代理する。

なお、QOL は多次元の要素で構成される概念であり単一指標で測定することは困難であるため、終末期がん患者の QOL を評価する場合は、多面的な評価結果を補助資料として解釈することが必要である。

遺族による望ましい死の達成度調査結果

質問	回答	（%）	
		平成 20 年 拠点病院	平成 23 年 一般・拠点病院
患者は望んだ場所で過ごせた	非常にそう思う		
	そう思う	54	54
	ややそう思う		
	の合計		

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2（J-HOPE2）

家族ケアの状況

15

指標名：家族の介護負担感

データ源：遺族アンケート調査【平成 26 年度中の測定は困難】

対象（分母）：

がん患者遺族

算出法（分子）：

「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合

備考

がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、家族が「介護をしたことで負担感が大きかった」どうかを指標とする。

終末期がん患者の遺族による介護負担感調査結果(平成 19 年)

質問	回答者	(%)			
		非常にそう 思う	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない～ まったくそう 思わない
介護をしたことで自分の時 間や予定が犠牲になった	緩和ケア病棟遺族	7	10	14	70
	在宅緩和ケア遺族	6	10	12	70
介護をしたことで身体的な 負担が多かった	緩和ケア病棟遺族	8	14	21	56
	在宅緩和ケア遺族	13	18	18	52
介護をしたことで精神的負 担が多かった	緩和ケア病棟遺族	18	24	21	36
	在宅緩和ケア遺族	22	24	19	34
介護をしたことで経済的な 負担が多かった	緩和ケア病棟遺族	7	12	15	66
	在宅緩和ケア遺族	6	10	13	70

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE)

1. 医師調査結果 「がん医療における緩和ケアに関する意識調査(2008)」との前後比較 **緩和ケアに関する知識** (数値が高いほど知識が高いことを示す)

	正答割合(%)											
	拠点病院				拠点以外の病院				診療所			
	2008* (n=4856)	2015 (n=838)	P	効果量†	2008* (n=23840)	2015 (n=1447)	P	効果量†	2008* (n=20788)	2015 (n=578)	P	効果量†
理念(ドメイン調整平均‡, 標準偏差)	94 ±28	98 ±20	<0.001	0.17	91 ±36	94 ±26	<0.001	0.12	80 ±66	89 ±36	<0.001	0.25
緩和ケアの対象は、がんに対する治療法のない患者のみである	94 %	98 %			91 %	93 %			79 %	88 %		
緩和ケアは、がんに対する治療と一緒にには行わない	94 %	97 %			90 %	94 %			79 %	89 %		
疼痛・オピオイド	75 ±33	80 ±24	<0.001	0.20	67 ±36	72 ±26	<0.001	0.18	50 ±49	59 ±26	<0.001	0.35
疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである	87 %	82 %			82 %	78 %			78 %	78 %		
がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)を積極的に使用するべきである	74 %	85 %			67 %	76 %			49 %	65 %		
医療用麻薬を使用するようになったら、非ステロイド性抗炎症鎮痛剤(NSAIDs、ロキソニン®, ボルタレン®等)は同時に使用しない	89 %	94 %			82 %	90 %			63 %	77 %		
医療用麻薬投与後にベンタゾシン(ベンタジン・ソセゴン)やブプレノルフィン(レペタン)を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	66 %	70 %			57 %	62 %			33 %	39 %		
医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	80 %	82 %			70 %	76 %			48 %	63 %		
医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	57 %	57 %			51 %	51 %			40 %	45 %		
合計調整平均, 標準偏差	80 ±27	84 ±20	<0.001	0.23	73 ±31	77 ±22	<0.001	0.20	58 ±44	67 ±24	<0.001	0.38

*がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査(2008年日本医師会)

†効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

‡年齢, 性別, 看取り数で調整

2. 医師調査結果 「がん医療における緩和ケアに関する意識調査(2008)」との前後比較 **緩和ケアを提供するうえでの支障** (黒字: 数値が高いほど支障が高いことを示す 赤字: 数値が高いほど支障が低いことを示す)

	「3.そう思う」「4.とてもそう思う」と回答した割合(%)											
	拠点病院				拠点以外の病院				診療所			
	2008* (n=4856)	2015 (n=838)	P	効果量†	2008* (n=23840)	2015 (n=1447)	P	効果量†	2008* (n=20788)	2015 (n=578)	P	効果量†
症状緩和の知識・技術(ドメイン調整平均‡, 標準偏差)	2.0 ±1.0	2.1 ±0.7	<0.001	0.15	2.0 ±1.0	2.0 ±0.7	<0.001	0.10	1.9 ±1.4	1.9 ±0.7	0.344	0.04
疼痛の緩和のための知識や技術は十分である	39 %	37 %			34 %	36 %			25 %	28 %		
疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術は十分である	38 %	36 %			36 %	33 %			35 %	33 %		
がん患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応に関する知識や技術は十分である	18 %	22 %			19 %	21 %			20 %	20 %		
患者・家族とのコミュニケーション	1.9 ±1.0	1.8 ±0.8	0.034	0.08	2.0 ±1.1	1.9 ±0.7	0.004	0.08	2.0 ±1.4	1.9 ±0.7	<0.001	0.16
患者への病状説明(告知など)に不安がある	17 %	20 %			21 %	21 %			24 %	20 %		
患者と死や死の可能性について話すことが負担である	27 %	25 %			28 %	26 %			29 %	23 %		
家族とのコミュニケーションやサポートに不安がある	18 %	18 %			21 %	20 %			24 %	20 %		
専門家の支援	2.4 ±1.2	2.8 ±0.9	<0.001	0.44	2.0 ±1.3	2.3 ±0.9	<0.001	0.37	1.8 ±1.5	2.0 ±0.8	0.001	0.15
疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援が容易に得られる	61 %	74 %			39 %	52 %			29 %	31 %		
疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援が容易に得られる	57 %	68 %			38 %	50 %			31 %	32 %		
こころの問題の専門家の助言や支援が容易に得られる	34 %	55 %			21 %	36 %			17 %	20 %		
リソースの活用	1.8 ±1.1	1.6 ±0.8	<0.001	0.18	1.8 ±1.1	1.6 ±0.8	<0.001	0.19	2.2 ±1.6	2.1 ±0.9	0.001	0.14
入院が必要な場合にすぐに対応できる施設がない	26 %	19 %			25 %	18 %			32 %	25 %		
麻薬の扱いの説明、手続き、管理が困難である	16 %	14 %			19 %	17 %			39 %	35 %		
緩和ケアに対する価値観	1.8 ±0.9	1.6 ±0.7	<0.001	0.27	1.8 ±0.9	1.6 ±0.7	<0.001	0.23	1.9 ±1.2	1.8 ±0.7	0.001	0.14
終末期がん患者の診療は、経済的に割に合わない	29 %	17 %			29 %	18 %			34 %	25 %		
ほかの診療で手いっぱいでは余裕がない	40 %	30 %			35 %	29 %			37 %	39 %		
終末期がん患者の診療は、医師としてやりがいがない	5 %	6 %			5 %	6 %			6 %	4 %		

回答方法は「1.そう思わない」「2.ややそう思う」「3.そう思う」「4.とてもそう思う」から選択

*がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査(2008年日本医師会)

†効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

7. 看護師調査結果 横断調査 緩和ケア提供体制の整備状況と機能に対する認識

	回答割合(%)*								
	拠点病院(n=3018)			拠点以外の病院(n=306)			訪問看護ステーション(n=526)		
	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし
○緩和ケアに関する相談にのる患者・家族向けの窓口(がん相談支援センターなど)	72	15	1	19	17	34	23	40	15
○地域で利用できる緩和ケアに関するサービスが一目で分かる冊子やホームページ(地域の緩和ケアや在宅医療等に関する一覧表など)	45	24	2	11	22	28	16	38	14
○受診・入院している患者・家族が訴えなくても、苦痛を適切にスクリーニングできるシステム(問診票を配布するなど)	29	24	13	7	16	42	6	19	32
○患者・家族が診断結果や治療方法を理解し、納得して治療方針を選択することを支援するための、 <u>看護師などによるカウンセリングのシステム</u>	44	25	9	12	16	39	11	25	27
○医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家(ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅ホスピスなどへの診察依頼や、電話・メールでの相談も含む)	73	15	1	18	11	41	19	34	21
○対応が困難な苦痛をやわらげるための、専門的な治療を行う医療機関(がん診療連携拠点病院など)	70	14	1	17	17	31	36	32	12
○緩和ケア病棟以外に、緊急時の入院や日中や夜間に患者が入院できる施設	62	15	5	30	19	16	28	36	16
○緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種(専門・認定看護師や認定薬剤師など)	78	13	0	20	15	33	28	36	12
○病院と診療所・訪問看護ステーションなど地域内の医療者同士が連携するためのカンファレンス	44	27	4	19	20	25	35	38	10
○緩和ケアに関する集合型の研修会の実施(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会など)	59	19	1	15	22	25	42	30	6
○インターネットを用いた医療者への教育システム(e-learning)	23	23	14	3	16	32	13	26	19
○地域の緩和ケア病棟の医師や緩和ケアチームが病院内だけでなく、地域の要請に応じて訪問診療できるような診療支援システム	20	16	20	9	13	33	14	19	32

回答方法「1. 体制自体がないと思う」「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されて機能していると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」から選択

*体制なし=「1. 体制自体がないと思う」、機能していない=「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」、機能している=「4. 体制が整備されて機能していると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」の回答割合

8. 看護師調査結果 横断調査 3年間の自身の緩和ケアに関する変化

	回答割合(%)*								
	拠点病院(n=3018)			拠点以外の病院(n=306)			訪問看護ステーション(n=526)		
	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療するようになった	7	76	6	7	57	14	10	75	5
○患者の苦痛について、診断時から対応することを意識するようになった	11	76	4	9	56	11	13	73	4
○臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	4	77	7	3	48	20	5	77	6
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになった	17	65	5	9	49	17	11	67	8
○症状緩和の方法や精神的サポートの方法は、複数の選択肢から患者の状況に応じて選べるようになった	7	69	8	6	42	22	6	64	12
○がんの疼痛が悪化した時に、すぐに対応できる医療用麻薬の速放性製剤(レスキュードース)を用意するようになった	21	63	4	11	45	17	14	64	7
○緩和ケアに関して困ったとき、緩和ケアに関するテキストやマニュアルなどの資料が、すぐ見られるようになった	11	57	16	4	30	34	7	59	17
○診断結果や病状について患者や家族がどのように理解しているか、患者・家族に聞くようになった	15	71	4	15	52	13	19	69	4
○患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	17	74	2	15	62	7	21	71	2
○患者だけでなく、家族の希望や気持ちも聞くようになった	18	73	2	17	62	6	23	71	2
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応するようになった	18	73	2	17	60	8	22	71	2
○一人でなく、多職種のチームで対応していこうと思うようになった	13	78	2	10	55	11	17	75	3
○緩和ケアについて相談できる人が増えた	10	74	6	3	39	31	7	60	19
○患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応について、相談できる精神科医が増えた	10	47	27	5	23	42	5	20	50
○患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれるようになった	6	59	21	4	33	34	5	66	17
○パンフレット等の資料を用いて、緩和ケアについて患者・家族に説明するようになった	8	43	32	5	23	42	5	42	35
○療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞くようになった	11	66	11	9	43	22	17	70	5
○地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになった	5	53	22	4	27	37	7	58	15
○地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなった	4	40	32	4	22	39	5	51	25
○普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えてきた	5	46	29	3	27	39	5	54	26
○在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	13	51	18	8	35	26	21	66	4
○実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	12	63	10	10	44	18	20	70	4
【病院のみ回答対象】									
○苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになった	13	77	4	8	47	20	-	-	-
○医療費や療養中の生活費について悩みがある患者は、医療ソーシャルワーカーに相談しようと思うようになった	15	72	7	15	55	11	-	-	-
○入院中から退院後も患者・家族が実施できる服薬・ケアの方法にするようになった	16	70	5	12	49	15	-	-	-
○退院後に必要な医療処置(傷の消毒、カテーテル管理、吸引など)について患者・家族に十分に説明するようになった	20	64	7	19	45	15	-	-	-
○自宅のトイレ・風呂・ベッド等の環境についてアセスメントするようになった	16	69	7	13	52	14	-	-	-
【訪問看護ステーションのみ回答対象】									
○緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	-	-	-	-	-	-	16	63	9
○病院の退院支援・調整が整っていないときは、自分から積極的に整えていくようになった	-	-	-	-	-	-	10	60	13
○病院と積極的に連絡を取り合い、患者の退院後の様子のフィードバックや情報共有を行うことが増えた	-	-	-	-	-	-	10	67	11
○急な退院の依頼でも、相手の状況を聞いて、一緒に準備していこうと思うようになった	-	-	-	-	-	-	15	69	5

回答方法「1. 以前からそうなので変化を感じない」「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」「6. わからない」から選択

*以前から=「1. 以前からそうなので変化を感じない」、変化なし=「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」、増えた=「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」の回答割合

5. 医師調査結果 横断調査 緩和ケア提供体制の整備状況と機能に対する認識

	がん診療をしている医師の回答割合(%)*									がん診療をしていない医師の回答割合(%)*								
	拠点病院 (n=1269)			拠点以外の病院 (n=981)			診療所 (n=558)			拠点病院 (n=488)			拠点以外の病院 (n=527)			診療所 (n=936)		
	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし
○緩和ケアに関する相談にのる患者・家族向けの窓口(がん相談支援センターなど)	71	19	1	36	31	18	18	39	22	42	15	2	27	21	12	14	19	21
○地域で利用できる緩和ケアに関するサービスが一目で分かる冊子やホームページ(地域の緩和ケアや在宅医療等に関する一覧表など)	45	29	4	19	35	19	12	40	22	25	20	3	17	22	11	10	19	19
○受診・入院している患者・家族が訴えなくても、苦痛を適切にスクリーニングできるシステム(問診票を配布するなど)	31	32	16	22	32	28	5	26	37	20	19	7	13	19	10	4	12	26
○患者・家族が診断結果や治療方法を理解し、納得して治療方針を選択することを支援するための、看護師などによるカウンセリングのシステム	49	29	7	28	32	22	11	33	29	30	17	5	22	20	14	8	15	22
○医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家(ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム※、緩和ケア外来、在宅ホスピスなどへの診察依頼や、電話・メールでの相談も含む)	65	22	3	37	28	22	16	35	27	40	16	3	24	19	16	10	18	21
○対応が困難な苦痛をやわらげるための、専門的な治療を行う医療機関(がん診療連携拠点病院など)	69	21	2	43	35	10	38	40	9	46	15	2	31	22	8	28	19	13
○緩和ケア病棟以外に、緊急時の入院や日中や夜間に患者が入院できる施設	50	30	8	49	30	12	31	38	16	32	20	7	30	21	11	18	19	17
○緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種(専門・認定看護師や認定薬剤師など)	70	22	1	44	32	12	19	38	15	44	17	2	30	20	9	13	17	15
○病院と診療所・訪問看護ステーションなど地域内の医療者同士が連携するためのカンファレンス	36	37	8	25	37	22	18	44	16	25	20	3	17	24	10	13	21	16
○緩和ケアに関する集合型の研修会の実施(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会など)	64	23	1	42	32	11	29	46	8	41	16	2	25	21	7	20	21	12
○インターネットを用いた医療者への教育システム(e-learning)	19	38	14	14	37	24	6	35	21	15	21	6	12	23	11	6	16	17
○地域の緩和ケア病棟の医師や緩和ケアチームが病院内だけでなく、地域の要請に応じて訪問診療できるような診療支援システム	22	28	22	13	26	35	6	28	35	12	19	7	10	17	10	6	13	21

回答方法「1. 体制自体がないと思う」「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されて機能していると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」から選択
*体制なし=1. 体制自体がないと思う、機能していない=「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」、機能している=「4. 体制が整備されて機能していると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」の回答割合

6. 医師調査結果 横断調査 3年間での自身の緩和ケアに関する変化

	がん診療をしている医師の回答割合(%)*									がん診療をしていない医師の回答割合(%)*								
	拠点病院 (n=1269)			拠点以外の病院 (n=981)			診療所 (n=558)			拠点病院 (n=488)			拠点以外の病院 (n=527)			診療所 (n=936)		
	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療するようになった	23	63	8	21	63	8	27	47	17	7	37	27	11	36	26	9	27	33
○患者の苦痛について、診断時から対応することを意識するようになった	27	63	5	28	60	5	35	45	12	12	40	10	17	36	19	17	26	25
○臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	8	57	17	11	67	13	11	55	18	14	80	4	5	29	31	4	21	34
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになった	37	46	10	40	46	8	33	24	32	9	20	39	15	19	35	11	5	46
○症状緩和の方法や精神的サポートの方法は、複数の選択肢から患者の状況に応じて選べるようになった	16	64	10	17	56	16	15	36	28	6	29	20	8	24	32	7	12	38
○がんの疼痛が悪化した時に、すぐに対応できる医療用麻薬の速効性製剤(レスキュードーズ)を用意するようになった	34	48	10	33	48	10	24	23	37	8	19	30	12	20	35	7	4	48
○緩和ケアに関して困ったとき、緩和ケアに関するテキストやマニュアルなどの資料が、すぐ見られるようになった	17	58	15	17	52	19	17	37	31	6	27	31	7	25	35	6	12	43
○診断結果や病状について患者や家族がどのように理解しているか、患者・家族に聞くようになった	30	56	7	33	51	9	36	39	14	14	32	20	18	29	23	19	20	27
○患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	36	55	3	37	53	4	44	43	6	22	44	9	26	39	12	27	28	16
○患者だけでなく、家族の希望や気持ちも聞くようになった	36	55	3	38	52	4	46	42	6	22	43	10	26	37	13	29	27	16
○患者の心配や気かりなど、気持ちのつらさに対応するようになった	32	59	3	32	56	5	40	44	6	19	44	10	25	38	12	28	28	15
○一人でなく、多職種のチームで対応していこうと思うようになった	24	66	4	23	62	7	23	46	17	16	46	11	20	42	13	13	22	28
○緩和ケアについて相談できる人が増えた	15	68	9	9	57	23	11	36	36	5	37	24	7	31	30	6	14	40
○患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応について、相談できる精神科医が増えた	13	54	24	9	38	42	9	24	49	7	30	27	9	25	34	8	12	40
○患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれるようになった	10	57	25	9	55	26	12	50	26	3	26	37	5	26	39	6	19	40
○パンフレット等の資料を用いて、緩和ケアについて患者・家族に説明するようになった	9	41	40	9	35	46	11	24	51	4	14	45	6	15	46	6	7	50
○療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞くようになった	23	56	14	25	51	14	27	39	22	8	25	32	11	23	33	11	15	38
○地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになった	11	55	23	11	49	25	17	36	29	3	20	30	6	17	41	6	11	43
○地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなった	7	50	31	6	41	38	9	34	38	3	20	39	5	17	42	6	9	45
○普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えてきた	6	47	35	6	39	42	6	35	41	3	23	39	5	20	42	6	13	44
○在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	18	47	23	22	43	22	27	32	26	6	19	37	9	19	37	9	11	41
○実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	17	55	17	19	53	16	27	38	20	5	30	20	9	27	31	9	20	33
【病院のみ回答対象】																		
○苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになった	22	66	6	19	58	13	-	-	-	11	47	14	13	38	21	-	-	-
○医療費や療養中の生活費について悩みがある患者は、医療ソーシャルワーカーに相談しようと思うようになった	24	65	5	25	58	7	-	-	-	15	55	9	20	44	13	-	-	-
○在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からできるだけシンプルにするようになった	23	57	11	22	55	12	-	-	-	10	40	17	16	33	20	-	-	-
【診療所のみ回答対象】																		
○緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	-	-	-	-	-	-	19	31	25	-	-	-	-	-	-	6	8	42

回答方法「1. 以前からそうなので変化を感じない」「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」「6. わからない」から選択

*以前から=「1. 以前からそうなので変化を感じない」、変化なし=「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」、増えた=「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」の回答割合

7. 看護師調査結果 横断調査 緩和ケア提供体制の整備状況と機能に対する認識

	回答割合(%)*								
	拠点病院(n=3018)			拠点以外の病院(n=306)			訪問看護ステーション(n=526)		
	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし	機能している	機能していない	体制なし
○緩和ケアに関する相談にのる患者・家族向けの窓口(がん相談支援センターなど)	72	15	1	19	17	34	23	40	15
○地域で利用できる緩和ケアに関するサービスが一目で分かる冊子やホームページ(地域の緩和ケアや在宅医療等に関する一覧表など)	45	24	2	11	22	28	16	38	14
○受診・入院している患者・家族が訴えなくても、苦痛を適切にスクリーニングできるシステム(問診票を配布するなど)	29	24	13	7	16	42	6	19	32
○患者・家族が診断結果や治療方法を理解し、納得して治療方針を選択することを支援するための、 <u>看護師などによるカウンセリングのシステム</u>	44	25	9	12	16	39	11	25	27
○医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家(ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅ホスピスなどへの診察依頼や、電話・メールでの相談も含む)	73	15	1	18	11	41	19	34	21
○対応が困難な苦痛をやわらげるための、専門的な治療を行う医療機関(がん診療連携拠点病院など)	70	14	1	17	17	31	36	32	12
○緩和ケア病棟以外に、緊急時の入院や日中や夜間に患者が入院できる施設	62	15	5	30	19	16	28	36	16
○緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種(専門・認定看護師や認定薬剤師など)	78	13	0	20	15	33	28	36	12
○病院と診療所・訪問看護ステーションなど地域内の医療者同士が連携するためのカンファレンス	44	27	4	19	20	25	35	38	10
○緩和ケアに関する集合型の研修会の実施(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会など)	59	19	1	15	22	25	42	30	6
○インターネットを用いた医療者への教育システム(e-learning)	23	23	14	3	16	32	13	26	19
○地域の緩和ケア病棟の医師や緩和ケアチームが病院内だけでなく、地域の要請に応じて訪問診療できるような診療支援システム	20	16	20	9	13	33	14	19	32

回答方法「1. 体制自体がないと思う」「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されて機能していると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」から選択

*体制なし=「1. 体制自体がないと思う」、機能していない=「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」、機能している=「4. 体制が整備されて機能していると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」の回答割合

8. 看護師調査結果 横断調査 3年間の自身の緩和ケアに関する変化

	回答割合(%)*								
	拠点病院(n=3018)			拠点以外の病院(n=306)			訪問看護ステーション(n=526)		
	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療するようになった	7	76	6	7	57	14	10	75	5
○患者の苦痛について、診断時から対応することを意識するようになった	11	76	4	9	56	11	13	73	4
○臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	4	77	7	3	48	20	5	77	6
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになった	17	65	5	9	49	17	11	67	8
○症状緩和の方法や精神的サポートの方法は、複数の選択肢から患者の状況に応じて選べるようになった	7	69	8	6	42	22	6	64	12
○がんの疼痛が悪化した時に、すぐに対応できる医療用麻薬の速放性製剤(レスキュードース)を用意するようになった	21	63	4	11	45	17	14	64	7
○緩和ケアに関して困ったとき、緩和ケアに関するテキストやマニュアルなどの資料が、すぐ見られるようになった	11	57	16	4	30	34	7	59	17
○診断結果や病状について患者や家族がどのように理解しているか、患者・家族に聞くようになった	15	71	4	15	52	13	19	69	4
○患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	17	74	2	15	62	7	21	71	2
○患者だけでなく、家族の希望や気持ちも聞くようになった	18	73	2	17	62	6	23	71	2
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応するようになった	18	73	2	17	60	8	22	71	2
○一人でなく、多職種のチームで対応していこうと思うようになった	13	78	2	10	55	11	17	75	3
○緩和ケアについて相談できる人が増えた	10	74	6	3	39	31	7	60	19
○患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応について、相談できる精神科医が増えた	10	47	27	5	23	42	5	20	50
○患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれるようになった	6	59	21	4	33	34	5	66	17
○パンフレット等の資料を用いて、緩和ケアについて患者・家族に説明するようになった	8	43	32	5	23	42	5	42	35
○療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞くようになった	11	66	11	9	43	22	17	70	5
○地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになった	5	53	22	4	27	37	7	58	15
○地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなった	4	40	32	4	22	39	5	51	25
○普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えてきた	5	46	29	3	27	39	5	54	26
○在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	13	51	18	8	35	26	21	66	4
○実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	12	63	10	10	44	18	20	70	4
【病院のみ回答対象】									
○苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになった	13	77	4	8	47	20	-	-	-
○医療費や療養中の生活費について悩みがある患者は、医療ソーシャルワーカーに相談しようと思うようになった	15	72	7	15	55	11	-	-	-
○入院中から退院後も患者・家族が実施できる服薬・ケアの方法にするようになった	16	70	5	12	49	15	-	-	-
○退院後に必要な医療処置(傷の消毒、カテーテル管理、吸引など)について患者・家族に十分に説明するようになった	20	64	7	19	45	15	-	-	-
○自宅のトイレ・風呂・ベッド等の環境についてアセスメントするようになった	16	69	7	13	52	14	-	-	-
【訪問看護ステーションのみ回答対象】									
○緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	-	-	-	-	-	-	16	63	9
○病院の退院支援・調整が整っていないときは、自分から積極的に整えていくようになった	-	-	-	-	-	-	10	60	13
○病院と積極的に連絡を取り合い、患者の退院後の様子のフィードバックや情報共有を行うことが増えた	-	-	-	-	-	-	10	67	11
○急な退院の依頼でも、相手の状況を聞いて、一緒に準備していこうと思うようになった	-	-	-	-	-	-	15	69	5

回答方法「1. 以前からそうなので変化を感じない」「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」「6. わからない」から選択

*以前から=「1. 以前からそうなので変化を感じない」、変化なし=「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」、増えた=「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」の回答割合

【事前アンケート結果 2015.11】 地域連携について

●地域の緩和ケア連携に関する取り組みについて (そう思う, とてもそう思うと回答した施設)	H27(n=50)
	n (%)
地域の他の職種の役割を把握している	32 (64.0)
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	32 (64.0)
退院前カンファレンスなど病院と地域との連携がよい	27 (54.0)
がん患者に関して地域に相談できるネットワークがある	26 (52.0)
地域のリソースが具体的に把握している	24 (48.0)
地域の他の施設の医療福祉従事者と気軽にやりとりができる	20 (40.0)
緩和ケアに関する地域内の連携がよくとれている	20 (40.0)
地域の関係者の名前と顔・考え方を把握している	16 (32.0) ₁

【事前アンケート結果 2015.11】 地域連携について：自由回答

地域連携に関する工夫

- 連携病院へのアウトリーチによる研修実施やカンファレンスへの参加（神奈川，愛知）
- 地域の医療機関の施設見学による交流や情報交換（大阪，高知）
- 地域の在宅診療所とカルテ情報の共有（がん研，神奈川）
- 在宅療養導入時に、地域の介護職へ情報提供を目的とした「在宅緩和ケアシート」の運用（高知）
- 地域の在宅療養支援機関の情報マップを年2回発行（青森）