

---

# 東京都がん医療等に係る実態調査

## (東京都における緩和ケアに関する実態調査) 考察

---

### 1. 病院等における緩和ケアの提供状況

#### <調査結果のまとめ>

##### 患者調査にみる最もつらかった時期と緩和ケアの提供状況

- ・患者調査（転移・再発がん患者）において、がんと診断されてから身体的に最もつらかった時期は「がんに対する最初の治療時期」（29.1%）、心理的、社会的に最もつらかった時期は「がんと診断され、治療方針が決定するまでの時期」（それぞれ 27.0%、22.2%）が最も多かった（図表 269）。
- ・緩和ケアを受けたかかった時期は、「再発や転移に対する治療時期」以外では、「がんと診断され、治療方針が決定するまでの時期」が 19.2%で最も高く、41.1%が「がんの疑いがあるといわれた時期」から「がんに対する最初の治療時期」のがん診断時から早期の段階に緩和ケアを受けたいと回答していた。一方、実際に緩和ケアを受けた時期は、「再発や転移に対する治療時期」以外では、「がんに対する最初の治療時期」が 25.5%で最も高く、緩和ケアを受けたかかった時期よりも遅い時期にピークがあった。（図表 269）。
- ・緩和ケアを受けた内容は、「がんの疑いがあるといわれた時期」では「身体の痛み」が 44.4%で最も高く、「がんと診断され、治療方針が決定するまでの時期」では「心のつらさ」が 50.9%、「がんに対する最初の治療時期」と「再発や転移に対する治療時期」では「身体の痛み」がそれぞれ 47.5%、60.0%で最も高かった（図表 269）。
- ・つらさの緩和状況について「やや不満足」または「不満足」の割合は、「身体のつらさを意識せずに生活ができる」が 27.5%で最も高く、次いで「経済的な負担を軽減できた」が 22.8%、「病気や死を意識せずに過ごせた」が 22.4%であった（図表 270）。なお、「緩和ケアを提供されてつらさが緩和された」のか、「もともとつらさはなかった」のかは、この質問と結果からは判断ができないことに留意する必要がある。

##### 医師を対象とした調査にみる緩和ケアの提供状況

- ・拠点病院等のがん診療責任者を対象とした調査では、つらさのスクリーニングの実施時期は、「入院時（当日または数日以内）」が 65.1%で最も高く、次いで「外来受診時」が 58.1%であった（図表 5）。つらさのスクリーニングでつらさがあり、緩和ケアを必要としている人、または、つらさのリスクの高い人が、緩和ケアチーム等専門的緩和ケアに引き継がれることが多い時期は、「リスクが判明して数日以内」が 44.2%で最も高かった。「リスクが判明した当日」と「リスクが判明して1週間以内」がそれぞれ 20.9%であった（図表 7）。

図表 269 患者のつらさと緩和ケアの提供状況

		がんの疑いがあると言われた時期	がんと診断され、治療方針が決定するまでの時期	がんに対する最初の治療時期	再発や転移と診断され、治療方針が決定するまでの時期	再発や転移に対する治療時期	
		患者調査	身体的に最もつらかった時期(n=827) (図表245)	11.1%	20.2%	<b>29.1%</b>	9.7%
	がんと診断されてから最もつらかった時期	心理的に最もつらかった時期(n=827) (図表246)	14.4%	<b>27.0%</b>	15.7%	15.1%	15.6%
		社会的に最もつらかった時期(n=827) (図表247)	10.9%	<b>22.2%</b>	19.8%	9.7%	15.7%
	緩和ケアを受けたかつ時期(n=827) (図表249)		7.1%	<b>19.2%</b>	14.8%		27.2%
	緩和ケアを受けた時期(n=231) (図表240)		7.8%	24.7%	<b>25.5%</b>		28.1%
	緩和ケアを受けた内容 (複数回答) (n=231)	身体の痛み	<b>44.4%</b>	31.6%	<b>47.5%</b>		<b>60.0%</b>
		痛み以外の身体のつらさ	27.8%	36.8%	39.0%		40.0%
		心のつらさ	27.8%	<b>50.9%</b>	33.9%		36.9%
		社会的な問題(就労、手続き等)	5.6%	12.3%	13.6%		6.2%
		経済的な問題	22.2%	19.3%	16.9%		4.6%

図表 270 患者のつらさの緩和状況(n=827)(参考資料2 図表 251(155 ページ))

		満足	どちらかといえば満足	どちらでもない	やや不満足	不満足	無回答	やや不満足+不満足
身体的 つらさ	①痛みや息苦しさ等がやわらいだ	21.4%	31.4%	23.5%	6.5%	3.0%	14.1%	9.5%
	②治療による副作用がやわらいだ	13.8%	31.0%	23.6%	11.6%	6.3%	13.8%	17.9%
	③十分に睡眠をとれるようになった	19.3%	25.8%	27.0%	11.0%	3.5%	13.4%	14.5%
	④美味しく食事をとれるようになった	19.2%	24.8%	21.8%	14.1%	7.3%	12.8%	21.4%
	⑤身体のつらさを意識せずに生活ができる	14.5%	22.7%	23.3%	19.0%	8.5%	12.0%	<b>27.5%</b>
心理面の つらさ	①心配や気がかりなことが解消した	10.0%	24.3%	32.4%	12.3%	7.4%	13.5%	19.7%
	②病気や死を意識せずに過ごせた	10.0%	20.7%	33.5%	14.8%	7.6%	13.4%	<b>22.4%</b>
	③気軽に相談できる相手があった	13.2%	25.9%	29.5%	9.9%	6.7%	14.9%	16.6%
	④大切な人に大事な話があった	18.0%	29.6%	27.6%	5.4%	4.0%	15.4%	9.4%
	⑤生きていることに価値を感じた	20.1%	29.5%	28.3%	4.8%	2.7%	14.6%	7.5%
	⑥妊娠や出産に関する不安が解消した	2.7%	1.7%	28.8%	0.2%	1.6%	65.1%	1.8%
社会面の つらさ	①経済的な負担を軽減できた	9.7%	17.9%	33.1%	12.2%	10.6%	16.4%	<b>22.8%</b>
	②過ごしたい場所での療養ができた	16.0%	29.1%	27.6%	5.6%	3.7%	18.0%	9.3%
	③相続等の手続について理解ができた	4.7%	9.3%	47.8%	5.9%	6.2%	26.1%	12.1%
	④就学・就労を継続できた	8.7%	10.9%	28.3%	5.0%	8.7%	38.5%	13.7%

**<考察>**

- ・約4割の患者（転移・再発がん患者）が「がんの疑いがあると言われた時期」から「がんに対する最初の治療時期」の間に緩和ケアを受けたいと回答していた。また、調査結果からは、緩和ケアを受けなかった時期よりも、実際に緩和ケアの提供を受けた時期が遅い可能性が示唆されている。
- ・つらさの内容について、身体的なつらさ（痛み等）や心理的なつらさに関しては、概ね最もつらかった時期に対応して緩和ケアが提供されていることが確認できた一方、社会的なつらさ（社会的な問題（就労、手続き等）や経済的な問題）に関しては、そもそも緩和ケアとして提供されている割合が低かった。医療従事者の人材育成を通じて、がん患者の状況や環境に応じたつらさの程度や内容を適切に把握し、必要な緩和ケアの提供が求められる。
- ・なお、つらさのスクリーニングの実施時期は「入院」や「外来受診時」が多かったが、経過によってつらさが異なることを踏まえると、診断時からの段階に応じて、入院・外来問わず定期的に繰り返して実施することが重要と考えられる。また、スクリーニング実施後は、速やかに専門的緩和ケアに引き継ぐことが期待されるが、対応状況は病院によってばらつきがあった。つらさのスクリーニングに関して、緩和ケアチームと病棟スタッフの連携を強化するなどにより、各病院が組織的に対応していく必要がある。

## 2. 都内の緩和ケア病棟の状況

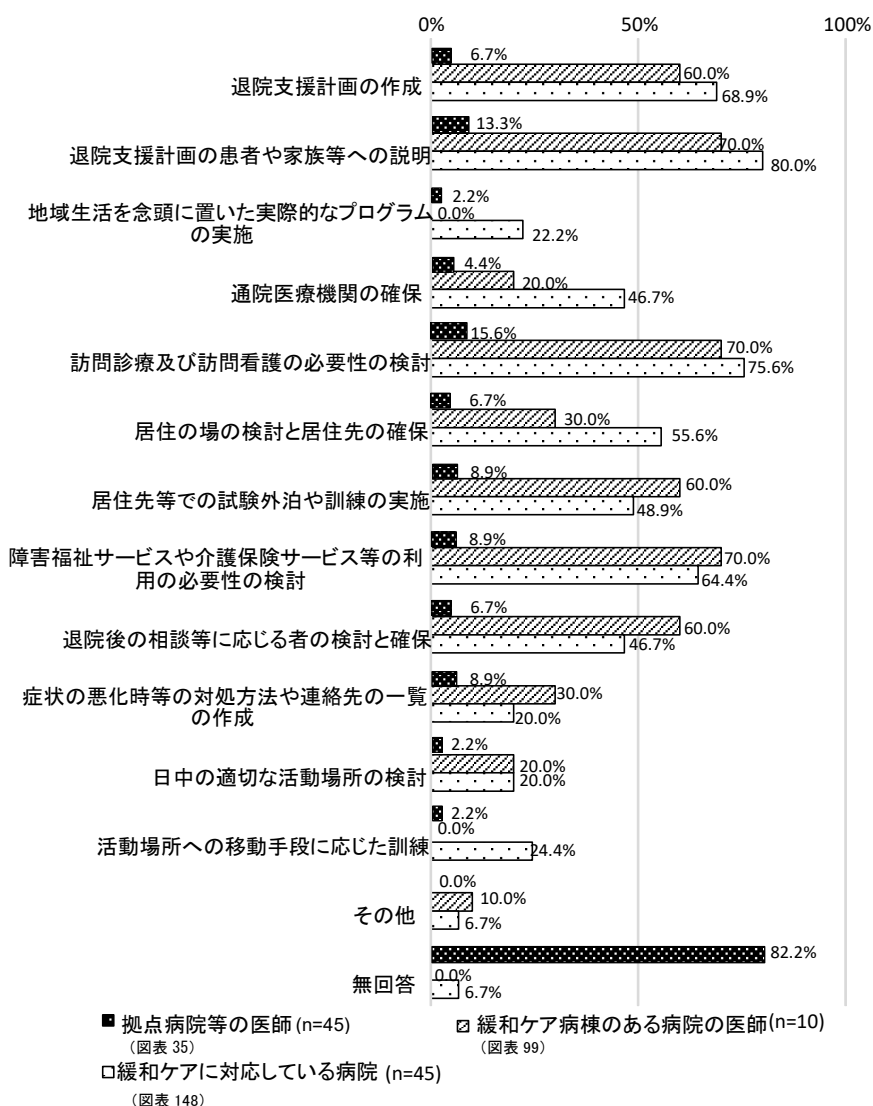
### ＜調査結果のまとめ＞

- ・緩和ケア病棟の平均病床利用率は、拠点病院等では平均 86.4%（図表 31）、緩和ケア病棟のある病院では平均 62.9%であった（図表 95）。また、退院患者数のうち看取り（死亡）患者数は、拠点病院等では平均 17.0 人／月うちのうち 13.8 人／月（図表 33）、緩和ケア病棟のある病院では平均 14.0 人／月のうち 12.8 人／月と、大半を占めていた（図表 97）。
- ・各病院のがん診療責任者等を対象とした調査では、患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点として、拠点病院等、拠点病院等以外の緩和ケア病棟を設置する病院ともに、「希望してもすぐに入院できない」がそれぞれ 46.5%、62.5%で最も高かった（図表 271）。患者調査（転移・再発がん患者）においても、緩和ケア病棟への入院に対するイメージを尋ねているが、各病院のがん診療責任者等を対象とした調査と比較可能な項目の中では、「お金がかかる」が 20.7%で最も高かったが、「希望してもすぐに入院できない」が 16.1%で第2位に挙げられていた（図表 271）。
- ・入院が長期化しないような取組としては、「訪問診療及び訪問看護の必要性の検討」や「退院支援計画の患者や家族等への説明」が、いずれの病院においても上位2位までに挙げられていた（図表 272）。

図表 271 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点(複数回答)

	拠点病院等(がん診療責任者)(n=43) (図表9)	拠点病院等の医師(n=45) (図表42)	緩和ケア病棟のある病院(がん診療責任者)(n=8) (図表72)	緩和ケア病棟のある病院の医師(n=10) (図表106)	患者(n=827) (図表257)
治療ができないこと	16.3%	2.2%	12.5%	10.0%	
見捨てられた感じがする	25.6%	6.7%	12.5%	20.0%	4.8%
死への恐怖	4.7%	2.2%	25.0%	20.0%	
希望してもすぐに入院できない	<b>46.5%</b>	13.3%	<b>62.5%</b>	40.0%	<b>16.1%</b>
長く入院できない	18.6%	11.1%	62.5%	60.0%	6.9%
お金がかかる	16.3%	4.4%	25.0%	50.0%	<b>20.7%</b>
自宅近隣にはない	14.0%	0.0%	0.0%	10.0%	11.2%
わからない	7.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.5%
その他	7.0%	2.2%	12.5%	10.0%	
今は知りたくない					2.2%
無回答	18.6%	82.2%	0.0%	0.0%	8.5%

図表 272 入院期間が長期にならないようするための取組(複数回答)



**<考察>**

- ・回答のあった緩和ケア病棟の退院患者のうち、多くは看取り（死亡）によるものであり、緩和ケア病棟はその大部分が看取りの場所として機能している様子がうかがえた。
- ・一方、緩和ケア病棟の病床利用率については、全国の一般病床の病床利用率（平成 29 年医療施設調査：75.9%）を踏まえると、各病棟での様々な試みや工夫にも関わらず、利用率上昇は困難な状況である。また、東京都内の緩和ケア病床数は 620 床に留まること（東京都福祉保健局「東京都内の緩和ケア病棟一覧（平成 30 年 6 月 5 日現在）」<sup>1</sup>）、東京都における悪性新生物の死亡者数は年間約 3.4 万人に上る（平成 29 年人口動態統計）ことを考えると、緩和ケア病棟のみでがん患者を受け入れることは不可能である。緩和ケア病棟や一般病床が現実にとどのように使われているかを踏まえ、その役割を明確化するとともに、病床の機能分化を推進していく必要がある。
- ・各病院のがん診療責任者等、患者の双方において、緩和ケア病棟については「希望してもすぐに入院できない」と認識されていることから、緩和ケアのニーズに対応するためには、地域へ円滑に移行し、がん患者の社会的状況や環境に応じて必要な在宅緩和ケアを受けられる仕組みづくりが必要である。

---

<sup>1</sup> [http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo\\_hoken/gan\\_portal/hospital/class/care\\_shisetsu/pcu.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/hospital/class/care_shisetsu/pcu.html)（2019年3月20日閲覧）

### 3. 地域連携と在宅緩和ケアの推進

#### 1) 地域連携と在宅緩和ケアの状況

##### <調査結果のまとめ>

##### 転退院支援の開始時期

- ・入院した患者の退院先を調整する等の転退院支援の開始時期は、拠点病院等では「各医療従事者が必要に応じて判断した時」の割合が最も高く、緩和ケア病棟のある病院では「患者家族から希望があった時」、緩和ケアに対応している病院の医師では「入院時」が最も高かった（図表 273）。

##### 転退院のためのカンファレンスの開始時期

- ・病院の医師や診療所、薬局を対象とした調査ではいずれも、転退院を進める上で、受け入れ医療機関やかかりつけ医、介護事業者と情報共有のためのカンファレンスを開始する時期として「必要に応じて」の割合が最も高く、望ましい開始時期も「必要に応じて」が最も高かったが、「入院前」から「1か月以内」の各項目の割合が増加傾向にあった（図表 274）。
- ・訪問看護ステーションではカンファレンスを開始する時期は「退院1週間前から退院までの間」が49.6%で最も高かったが、望ましい開始時期としては「入院前」から「入院後14日以内」までが約25%を占めるなど、現状よりも早期からの実施を求める者が一定程度存在した（図表 274）。

##### 転退院先の決定方法

- ・各病院の緩和ケア責任者等を対象とした調査において、転退院先の決定方法について尋ねたところ、現状では実施割合が低いですが、望ましい決定方法として割合が高いものとして、「受入先付近の在宅療養支援窓口（区市町村に必置）に相談や紹介をしてもらう」や「受入先の地域包括支援センター（区市町村に必置）に相談や紹介をもらう」があった（図表 275）。
- ・現状では「患者自身で探す」が20.0%以上と一定程度あるが、望ましい決定方法としては0.0～10.0%前後に留まった（図表 275）。

##### 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因

- ・拠点病院等の医師を対象とした調査では、病院での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因としては、「本人の在宅療養に対する不安」（77.8%）や「家族からの反対」（73.3%）といった“患者側の要因”、「患者の看取りができる医療機関が不足」（48.9%）や「緩和ケアで必要なスキルを持っている人材が不足」（46.7%）などの“受入先の要因”が上位に挙げられていた（図表 276）。この傾向は、拠点病院等以外の緩和ケアを行う病院においても同様であった。
- ・一方、診療所を対象とした調査では、がん診療連携拠点病院等での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因として、「家族からの反対」は36.9%と病院に比べて低い一方、「患者のかかりつけ医等地域のスタッフとカンファレンスを十分に実施できていない」（42.4%）といった“送り側の要因”や「患者の急変時の対応が明確でない」（40.7%）が上位に挙げられるなど、病院とは異なる傾向が見られた（図表 276）。
- ・また、訪問看護ステーションを対象とした調査では、「本人の在宅療養に対する不安」（74.3%）

のほか、「患者のかかりつけ医等地域のスタッフとカンファレンスを十分に実施できていない」(56.2%)、「在宅医療に関する注意事項(日常の措置、投薬、医療機器等)を患者に伝え切れていない」(44.7%)と、“送り側の要因”が上位に挙げられていた(図表276)。

図表 273 転退院支援の開始時期(複数回答:3つまで)

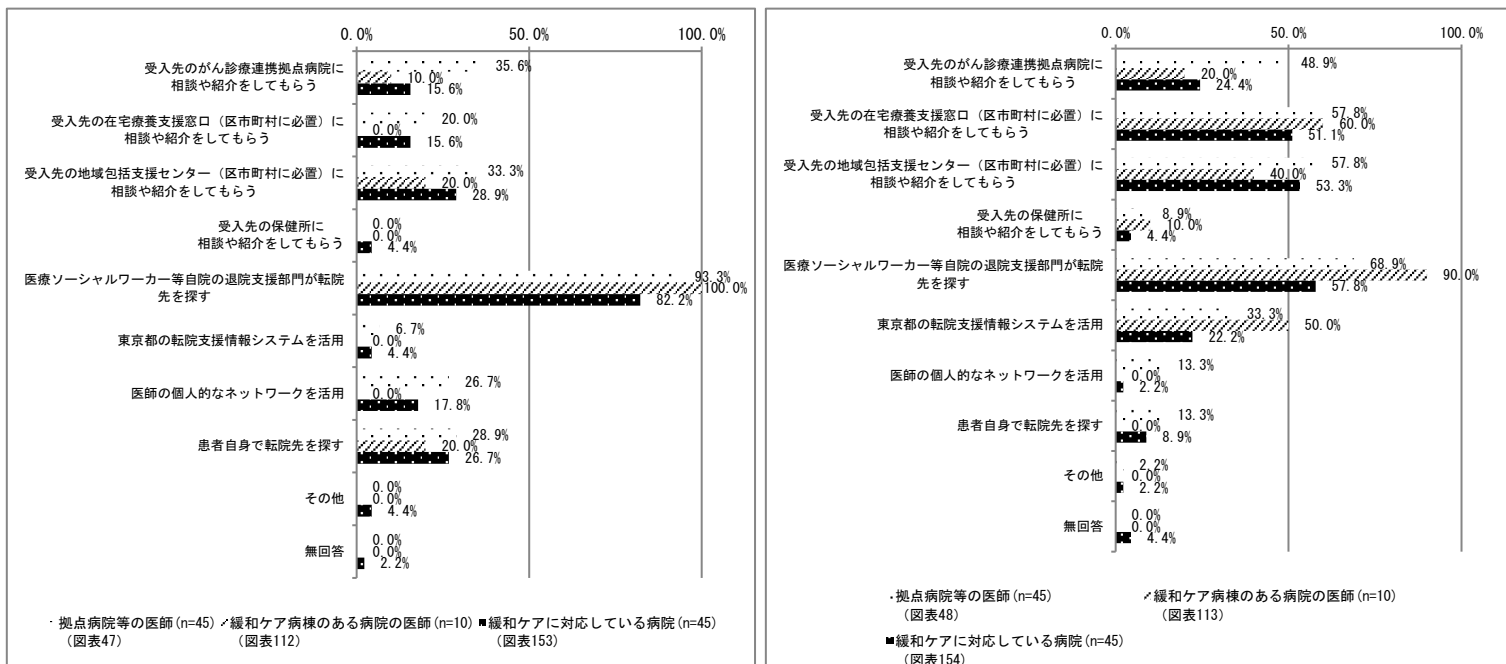
	拠点病院等(がん診療責任者)(n=43) (図表10)	拠点病院等の医師(n=45) (図表43)	緩和ケア病棟のある病院(がん診療責任者)(n=8) (図表73)	緩和ケア病棟のある病院の医師(n=10) (図表107)	緩和ケアに対応している病院の医師(n=45) (図表149)
入院時	51.2%	71.1%	37.5%	10.0%	<b>37.8%</b>
期間を決めて定期的に	14.0%	17.8%	37.5%	30.0%	17.8%
患者家族から希望があった時	53.5%	62.2%	<b>62.5%</b>	30.0%	6.7%
各医療従事者が必要に応じて判断した時	<b>81.4%</b>	77.8%	50.0%	30.0%	31.1%
その他	9.3%	4.4%	0.0%	0.0%	4.4%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%

図表 274 転退院に係る受け入れ医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期と望ましい開始時期

カンファレンスの開始時期	拠点病院等の医師(n=45) (図表44)	緩和ケア病棟のある病院の医師(n=10) (図表109)	緩和ケアに対応している病院(n=45) (図表150)	診療所(n=420) (図表175)	薬局(n=1049) (図表200)	訪問看護ステーション(n=470) (図表219)	開始時期										
							入院前	入院後3日以内	入院後7日以内	入院後14日以内	入院後1か月以内	入院後1か月以上	退院1週間前から退院までの間	患者家族から希望があった時	必要に応じて	無回答	
	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	2.2%	2.2%	31.1%	2.2%	<b>51.1%</b>	4.4%							
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	10.0%	0.0%	<b>80.0%</b>	0.0%							
	0.0%	2.2%	6.7%	6.7%	4.4%	2.2%	15.6%	4.4%	<b>55.6%</b>	2.2%							
	2.6%	0.2%	0.5%	0.0%	0.2%	0.0%	15.0%	10.0%	<b>57.4%</b>	14.0%							
	1.1%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	2.7%	9.5%	<b>55.3%</b>	30.8%							
	6.6%	0.4%	1.3%	1.7%	0.9%	0.2%	<b>49.6%</b>	1.1%	34.3%	4.0%							
カンファレンスの望ましい開始時期	拠点病院等の医師(n=45) (参考資料2 図表45 (26ページ))	2.2%	8.9%	0.0%	4.4%	4.4%	0.0%	22.2%	4.4%	<b>51.1%</b>	2.2%						
	緩和ケア病棟のある病院の医師(n=10) (参考資料2 図表110 (62ページ))	10.0%	0.0%	20.0%	0.0%	10.0%	0.0%	10.0%	0.0%	<b>50.0%</b>	0.0%						
	緩和ケアに対応している病院(n=45) (参考資料2 図表151 (87ページ))	4.4%	4.4%	15.6%	8.9%	2.2%	0.0%	15.6%	2.2%	<b>46.7%</b>	0.0%						
	診療所(n=420) (参考資料2 図表176 (101ページ))	9.0%	1.9%	3.1%	2.1%	2.1%	0.5%	17.4%	6.4%	<b>46.9%</b>	10.5%						
	薬局(n=1049) (参考資料2 図表201 (117ページ))	9.4%	0.9%	1.9%	0.8%	0.7%	0.3%	20.8%	4.9%	<b>36.7%</b>	23.7%						
	訪問看護ステーション(n=470) (参考資料2 図表220 (133ページ))	11.7%	1.7%	6.0%	6.0%	4.9%	0.9%	30.0%	1.7%	<b>32.6%</b>	4.7%						



図表 275 転退院先の決定方法(左)と望ましい決定方法(右)(複数回答)



図表 276 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因(複数回答)

	拠点病院等の医師 (n=45) (図表46)	緩和ケア病棟のある病院の医師(n=10) (図表111)	緩和ケアに対応している病院(n=45) (図表152)	診療所 (n=420) (図表177)	薬局(n=1049) (図表202)	訪問看護ステーション(n=470) (図表221)
主治医からの見捨てられ感	55.6%	30.0%	26.7%	32.1%	11.7%	38.9%
家族からの反対	<b>73.3%</b>	90.0%	68.9%	<b>36.9%</b>	20.9%	42.6%
本人の在宅療養に対する不安	<b>77.8%</b>	90.0%	84.4%	70.2%	43.3%	<b>74.3%</b>
主治医が転退院について積極的ではない	44.4%	20.0%	20.0%	22.6%	3.8%	26.8%
在宅医療に関する注意事項(日常の処置、投薬、医療機器等)を患者に伝えきれない	20.0%	10.0%	24.4%	37.4%	16.8%	<b>44.7%</b>
貴院に退院支援を十分に行う余裕や体制がない	20.0%	10.0%	26.7%	31.9%	15.2%	37.0%
貴院に退院支援を行うスキルを持っている人材が不足	17.8%	20.0%	33.3%	26.7%	8.6%	34.7%
患者のかかりつけ医等地域のスタッフとカンファレンスを十分に実施できていない	37.8%	40.0%	28.9%	<b>42.4%</b>	33.9%	<b>56.2%</b>
緩和ケアで必要なスキルを持っている人材が不足	<b>46.7%</b>	20.0%	40.0%	39.0%	45.6%	24.0%
患者の看取りができる医療機関が不足	<b>48.9%</b>	40.0%	37.8%	30.5%	31.2%	25.7%
治療やケアに必要な医療機器や薬剤等を取り扱っている医療機関が不足	40.0%	40.0%	20.0%	23.1%	30.1%	13.0%
地域のキーパーソンの選定が困難	17.8%	30.0%	22.2%	20.0%	20.3%	34.5%
患者の急変時の対応が明確でない	37.8%	30.0%	33.3%	<b>40.7%</b>	39.9%	31.1%
退院先が遠方のため調整が困難	31.1%	20.0%	20.0%	10.0%	6.4%	15.5%
在宅療養支援窓口が積極的でない	0.0%	0.0%	13.3%	10.7%	5.3%	15.7%
地域包括支援センターが積極的でない	4.4%	0.0%	8.9%	7.1%	3.8%	12.8%
その他	8.9%	10.0%	8.9%	3.8%	3.7%	8.3%
無回答	0.0%	0.0%	2.2%	6.0%	23.1%	1.5%

**<考察>**

- ・入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因をみると、拠点病院等においては、「本人の在宅療養に対する不安」や「家族からの反対」の割合が特に高かったことから、在宅医療への円滑な移行に向けては、診断時など早い段階から、本人や家族の不安の解消、在宅医療に関する情報提供・理解の促進といった対応を充実させる必要があると考えられる。
- ・受入側の立場からは、関係者と十分にカンファレンスが実施できない、あるいは、患者の急変時の対応が明確でないといった、事前の情報共有や連携不足の指摘が多かった。特にカンファレンスに関しては、訪問看護ステーションなど、地域で患者家族を支援する立場において、現状よりも早い段階での開始を求める意見が多かった。
- ・東京都退院支援マニュアル（平成28年3月改訂）においては、入院決定時もしくは入院早期からの退院支援の必要性を指摘している。早い段階から支援を開始することで、関係者との調整や患者家族への支援のために十分な期間を確保することができる。拠点病院等においては、入院時からのカンファレンスの実施等により、かかりつけ医等の地域の関係機関と拠点病院等との連携のさらなる強化を図るなど、拠点病院等での治療後、がん患者が在宅緩和ケアを適切に受けられる仕組みづくりが必要である。なお、薬局調査において、医療機関側からの事前の情報提供が不十分であり、十分な準備や対応ができないとの意見が多かったことから、カンファレンス開催の際には、薬局に対しても参加を呼びかけるといった対応も必要と考えられる。
- ・患者の急変時の対応について、診療所では35.5%が事前に話し合っておらず、訪問看護ステーションでは62.6%が事前に話し合っていなかったために困った経験があると回答していたことから、カンファレンスの際には、事前に急変時の対応についても取り決める必要がある。（図表180、図表227）

## 2) 薬局における対応状況

### <調査結果のまとめ>

- ・薬局調査では、「全ての患者について対応できている」が 10.9%、「大半の患者について対応できている」が 28.1%、「半数程度の患者について対応できている」が 10.2%であり、49.2%の薬局が半数以上の患者に対応できていると回答した一方、「大半の患者について対応できていない」が 29.3%、「全ての患者について対応できていない」が 14.8%あり、緩和ケアに対応できていない薬局も一定程度存在していると考えられる（図表 189。ただし、薬局における平成 30 年 4 月における緩和ケア患者の 1 薬局当たりの平均利用者数は 1.3 人/月であり、そもそも緩和ケアの対象となる患者が来訪していない可能性がある。（図表 196）。
- ・薬局が患者に緩和ケアを提供する上で困難さを感じることに主には 5 つ挙げられる。「オピオイド製剤の迅速な入手が困難」が 67.3%で最も高く、次いで「オピオイド製剤の在庫管理が困難」が 43.4%、「スタッフの緩和ケアに関する最新の知識が不十分」が 37.3%、「処方箋発行医療機関の処方医師・病院、又はかかりつけ医師・病院との情報共有が困難」が 28.1%、「薬剤師の人手不足のため対応できない」が 26.4%であった。（図表 199）。
- ・緩和ケアを提供している患者の薬剤に関するトラブルに対して 24 時間対応を行っているかどうかの項目について、「はい」と回答した薬局は 47.1%、36.7%は「いいえ」との回答であった（図表 208）。また、時間外の対応が必要な場合の対応については、43.0%が「半数程度以上の患者に対応できている」と回答している一方、24.1%が「大半の患者について時間外に対応できていない」または「全ての患者について時間外に対応できていない」と回答していた（図表 210）。

### <考察>

- ・緩和ケアを提供する上での課題としてオピオイドの種類、剤形の増加などにより、オピオイド製剤の迅速な入手の困難さや在庫管理の難しさが多く挙げられているが、無菌調製ができないなど、設備上の課題をあげる意見も散見された。また、緩和ケアに対応している薬局は、体制面からも限られている。限られた設備や人員で緩和ケアに対応するためには、地域レベルでの薬局を含めた在宅緩和ケアを支援するネットワークを構築し、連携を図る等の対応が求められる。
- ・また、全体的に緩和ケアの対応実績が少なく、知識の充足も十分とはいえないことから、ネットワークの中で事例の共有を図る等も必要と考えられる。
- ・また、病院からの情報提供や事前連絡があれば、薬剤の準備等が行えるとの意見があった。例えば、東京都退院支援マニュアル（平成 28 年 3 月改訂）では、入院での治療開始から安定期の段階で、薬局との調整を推奨している。病院側においては、早期から退院支援を行うとともに、薬局に緩和ケアの提供のために必要な情報について提供するなど、地域の薬薬連携を推進することが求められる。

### 3) 訪問看護ステーションにおける対応状況

#### <調査結果のまとめ>

- ・訪問看護ステーション調査では、がん患者の緩和ケアを「行っている」が75.8%であった。(図表 213)。なお、利用者のうちがん患者の占める割合は平均 1.3 割であった(132 ページ参照)。
- ・がん患者の緩和ケアに対応している場合、最も多い患者の状況は「いわゆる終末期(予後の見通しが短く月単位以下)」が69.1%で最も高く、2番目に多い患者の状況は「積極的治療終了後」が56.6%、3番目に多い患者の状況は「再発・転移に対する積極的治療中」が47.9%であった(図表 214)。
- ・がん患者の利用者のうち、サービス利用終了の理由は「在宅死亡」が48.7%で最も高く、次いで「病院に入院」が29.8%であった(図表 218)。
- ・緩和ケアの提供において困っていることとして、ケアマネージャーとの連携が不足しているという意見があった。(140 ページ)

#### <考察>

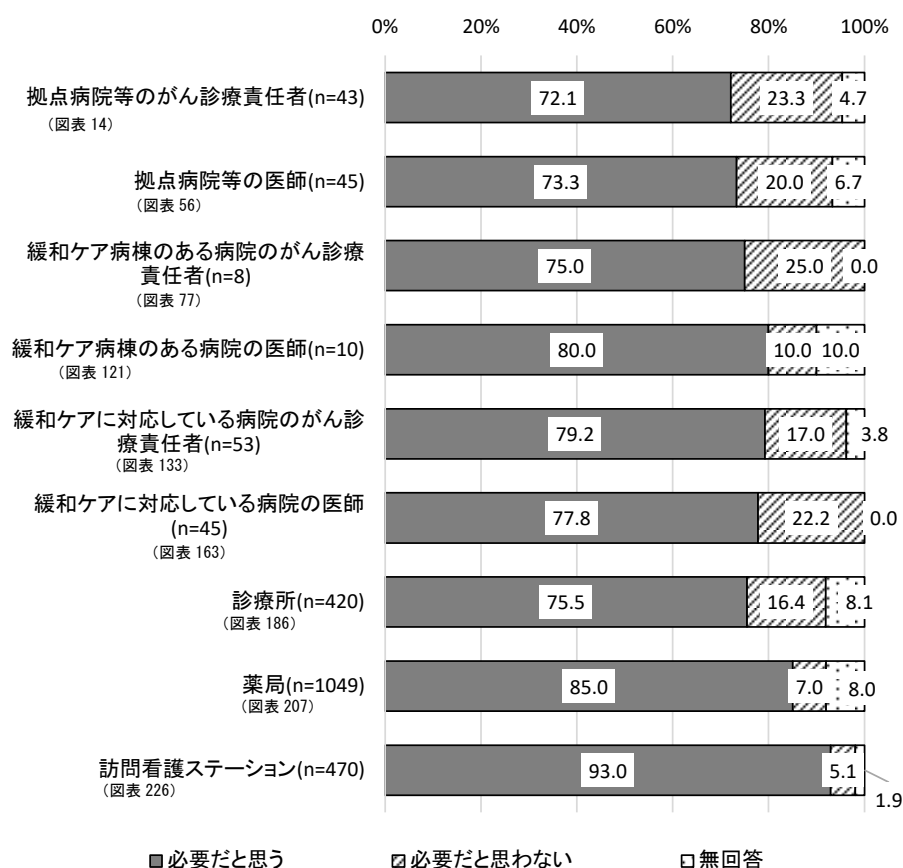
- ・多くの訪問看護ステーションが緩和ケアに対応しており、在宅での看取りに対応している状況がうかがえた。
- ・地域での緩和ケアについては、訪問看護ステーションと連携しながら在宅移行を推進することが期待される。しかし、看取り期の在宅緩和ケアに当たっては、介護保険サービスの利用とがん疼痛管理などの医療的ケアとの連動が必要であることから、地域移行に向けたカンファレンス等の機会を捉え、ケアマネージャーをはじめとして、関係者間での連携を推進することが必要である。

## 4. 人材育成の取組

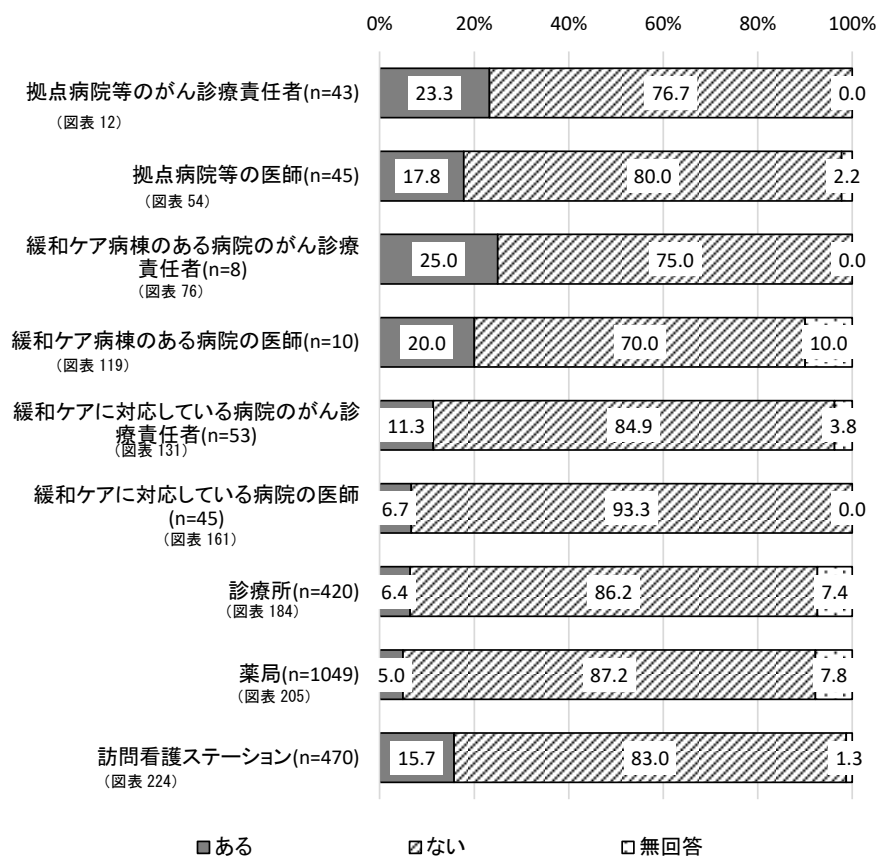
### ＜調査結果のまとめ＞

- ・各病院や診療所を対象とした調査では、がん患者の転退院を促進するための、他病院等と知識や技術の向上及び情報共有等を目的とした、一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修について、「必要である」と回答した者が70%を超えていた。（図表 277）。
- ・多くの医療関係者が相互交流による研修の必要性を指摘する一方、実際にそうした研修が「ある」と回答した者はいずれの調査においても30%に満たなかった。（図表 278）。
- ・また、緩和ケアに関する知識・技術を得る機会について、「やや充足していない」「充足していない」と回答した割合は、拠点病院等や緩和ケア病棟のある病院では各職種で30%未満であったが（図表 57、図表 122）、緩和ケアに対応している病院では介護士 62.2%、医師（精神症状緩和を担当する医師） 55.6%、臨床心理士が 48.9%、医療ソーシャルワーカーが 48.8%と高かった。（図表 164）。

図表 277 相互交流による研修の必要性



図表 278 他病院等との一定期間(およそ1週間以上)相互交流による研修の実施状況



### <考察>

- ・緩和ケアの提供に当たっては、多職種が連携して対応する必要があり、相互交流による研修の必要性があると考えている割合が大きいことから、人材交流による研修を促進していくことが必要である。
- ・特に、緩和ケアに対応している病院の職員、とりわけ介護士や医師（精神症状緩和を担当する医師）、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーにおいては、拠点病院等に比べて研修機会が乏しいことから、地域の医療従事者向けの取組を推進する必要がある。

## 5. その他

### 1) 小児がん患者への対応

#### <調査結果のまとめ>

・拠点病院等の医師及び緩和ケア病棟のある病院の医師への調査では、「小児がん専門病院と地域施設との役割分担」が「どちらかといえばできていない」「できていない」と回答した割合がそれぞれ34.4%、50%であった（図表 52、図表 117）。役割分担ができていない理由としては、拠点病院等の医師への調査では、「関係職種同士で情報共有するための連絡方法・内容等が確立していない」「関係職種による合同カンファレンス等の情報共有する機会がない」が上位2つとなっており、情報共有に関して課題があるとの回答が多かった（図表 53）。また、拠点病院等の医師からの意見として、小児の緩和、在宅に対応する施設や人材が少なく、支援体制の充実が必要との声があった（36 ページ参照）。

#### <考察>

・小児がんについては、情報共有について課題があるため、がん専門病院と地域施設との役割分担が進んでいない現状があった。小児がんについては、症例も少なく、対応できる施設、人材が少ないことから、小児がん拠点病院を中心として、地域連携を進めていく必要がある。

## 2) 高齢者（75歳以上）のがん患者への対応

### <調査結果のまとめ>

#### 医療機関等の役割分担・対応

- ・高齢者のがん患者の薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応に関しては、拠点病院等と緩和ケア病棟のある病院のいずれにおいても、対応は病院によって様々であり、共通した対応方針は見られなかった（図表 279）。
- ・緩和ケアに対応している病院や診療所に対し、がん専門病院との役割分担について尋ねたところ、「どちらかといえばできていない」「できていない」が20%程度いた。（図表 280）。

#### 治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題

- ・治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題としては、「認知機能の低下」や「キーパーソンの不在、同席協力が困難」「本人と家族の思いの乖離」が高かった（図表 281）。

図表 279 薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応(入院必要時の対応)(複数回答)

	拠点病院等の医師(n=45) (図表50)	緩和ケア病棟のある病院の医師(n=10) (図表115)
基本的に、終診とし、地域病院・訪問診療医にすべて任せる	28.9%	0.0%
基本的に、終診とし、地域病院・訪問診療医に任せるが、緊急時入院は受ける	48.9%	50.0%
基本的に、地域病院・訪問診療医と役割分担し、フォローの検査・緊急入院は受ける	66.7%	40.0%
基本的に、地域病院・訪問診療医と役割分担するが、最期まで診る	28.9%	20.0%
基本的に、患者家族の希望通りにする	44.4%	40.0%
基本的に、慢性疾患の増悪か、がんの増悪かで、分担を決める	22.2%	50.0%
その他	0.0%	20.0%
無回答	4.4%	0.0%

図表 280 がん専門病院と地域医療機関・施設の医師の役割分担

	緩和ケアに対応している病院(n=45) (図表159)	診療所(n=420) (図表182)
できている	17.8%	9.8%
どちらかといえばできている	28.9%	36.4%
どちらともいえない	28.9%	22.6%
どちらかといえばできていない	<b>8.9%</b>	<b>11.2%</b>
できていない	<b>13.3%</b>	<b>14.0%</b>
無回答	2.2%	6.0%



図表 281 治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題(複数回答)

	拠点病院等の医師 (n=45) (図表51)	緩和ケア病棟のある病 院の医師(n=10) (図表116)
合併する慢性疾患に対する治療方針・予後の見通しについての主治医とがん専門医師との情報共有が困難	44.4%	40.0%
聴力・視力の低下	13.3%	10.0%
認知機能の低下	<b>82.2%</b>	<b>90.0%</b>
認知機能の評価が困難	42.2%	30.0%
キーパーソンの不在、同席協力が困難	<b>77.8%</b>	<b>70.0%</b>
本人と家族の思いの乖離	<b>75.6%</b>	<b>100.0%</b>
面談に時間がかかる	20.0%	0.0%
面談設定に時間がかかる	26.7%	10.0%
その他	6.7%	0.0%
無回答	6.7%	0.0%

### <考察>

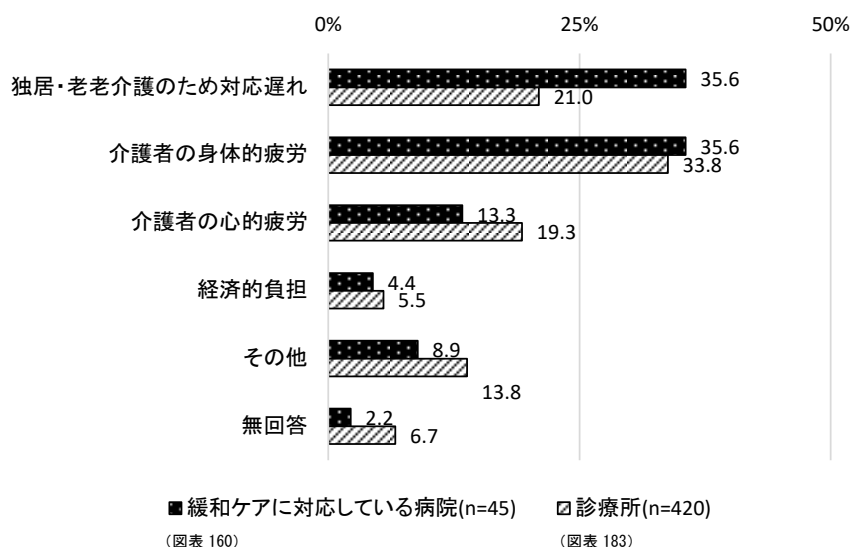
- ・高齢のがん患者においては、入院をきっかけに認知症と診断される場合や、既にある認知症の症状が悪化する場合があります。意思決定支援についても配慮が必要となる。高齢のがん患者の治療方針決定のための情報提供と意思決定支援に関しては、認知機能の低下前にあらかじめ情報提供や話し合いをしておくことや、本人と家族の話し合いの支援、キーパーソン不在時の対応の検討など、問題が顕在化する前に支援を開始することが重要であると考えられる。
- ・地域の医療機関・施設において、がん専門病院との役割分担ができていないという回答が一定数あることを踏まえると、地域における医療機関間の調整が不十分である可能性がある。今後、高齢のがん患者が増えることが見込まれる中、拠点病院等から在宅へ移行するに当たり、地域の医療・介護従事者も含めて地域での療養生活について話し合う等、高齢者一人ひとりに対し連携して支援することが必要である。
- ・「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」や今後国において検討される高齢のがん患者の意思決定を支援するための方策も踏まえながら、高齢のがん患者の意思決定支援の方策についてがん患者に関わる医療関係者や介護従事者等へ広く啓発する必要がある。

### 3) 患者・家族への支援状況

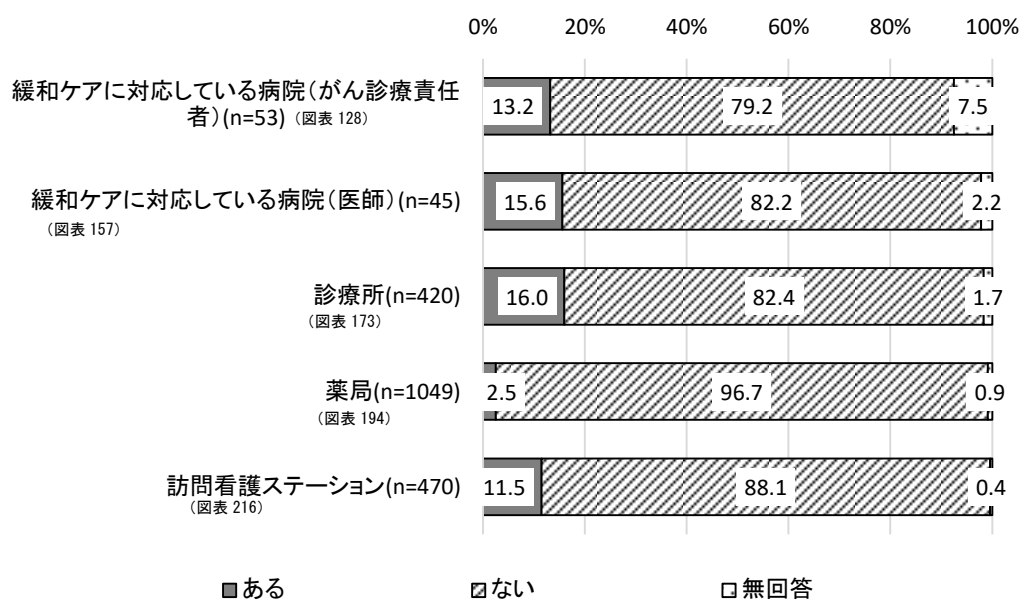
#### <調査結果のまとめ>

- 患者調査（転移・再発がん患者）では、患者の30.2%が最もつらかったこととして「心のつらさ」を挙げている（図表 248）。また、17.5%が「身体の痛み」、19.8%が「痛み以外の身体をつらさ」を挙げており、4割近くの患者が何らかの「身体をつらさ」があったことを挙げている。これに対し、気がかり・心配事に関して医療スタッフと話をする機会が「あった」が68.7%（図表 242）、苦痛を和らげる配慮が「十分にあった」が34.7%、「どちらかというにあった」が39.2%（図表 244）と、患者のつらさに対する支援は一定程度なされている状況がうかがえた。
- 一方、緩和ケアを行う病院や診療所を対象とした調査では、高齢者（75歳以上）のがん患者の場合、在宅療養において最も多く見られる問題として「独居・老老介護のため対応遅れ」や「介護者の身体的疲労」が上位2位に挙げられていた（図表 282）。
- しかしながら、患者調査（転移・再発がん患者）では、患者の家族や介護者の経済的負担や心理的負担、身体的負担に対する医師スタッフからの働きかけが「十分にあった」はそれぞれ7.4%、7.7%、6.5%であり、「全くなかった」がそれぞれ31.1%、22.1%、24.3%であった（図表 258～260）。
- 患者における相談支援センターの認知度は49.2%と過半数に満たず（図表 253）、実際に利用した者は11.5%に留まった（図表 255）。相談支援センターを利用した場合の具体的な相談内容は「治療等の一般的な情報の提供」が48.4%で最も高く、次いで「療養上の相談」が40.0%であった（図表 256）。
- 緩和ケアに対応している病院や診療所、薬局、訪問看護ステーションのいずれにおいても、がん患者にがん相談支援センターを紹介した割合は20.0%に満たなかった（図表 283）。相談内容としては、「療養上の相談」の割合が最も高い傾向にあった。（図表 284）。

図表 282 在宅療養において最も多く見られる問題点



図表 283 がん相談支援センターの紹介の有無



図表 284 相談内容(複数回答)

	緩和ケアに対応している病院(がん診療責任者)(n=7) (図表129)	緩和ケアに対応している病院(医師)(n=7) (図表158)	診療所(n=67) (図表174)	薬局(n=26) (図表195)	訪問看護ステーション(n=54) (図表217)
標準的治療法等の一般的な情報の提供	57.1%	14.3%	65.7%	50.0%	40.7%
地域の医療機関・診療従事者に関する情報の提供	42.9%	28.6%	20.9%	65.4%	50.0%
療養上の相談	<b>42.9%</b>	<b>85.7%</b>	<b>55.2%</b>	<b>80.8%</b>	<b>72.2%</b>
就労に関する相談	28.6%	14.3%	3.0%	3.8%	5.6%
連携協力体制に関する医療相談	42.9%	42.9%	34.3%	34.6%	57.4%
サポートグループ活動・患者サロンの情報	14.3%	0.0%	6.0%	19.2%	18.5%
経済的な負担に関する相談	42.9%	42.9%	13.4%	30.8%	33.3%
その他	0.0%	0.0%	3.0%	7.7%	0.0%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

**<考察>**

- ・家族や介護者においては、特に高齢者の場合、身体的疲労や介護支援が重要となる可能性が示唆されたが、患者の家族や介護者の経済的負担や心理的負担、身体的負担に対する医師スタッフからの働きかけは、患者に対する支援ほどは実施されていないという結果であった。
- ・今後は、患者に対する支援だけでなく、患者の家族や介護者に対する支援を充実させる必要がある。その際、家族支援も含めて相談支援センターで対応していることについて周知するとともに、支援の必要性が高いと思われる患者、家族を把握した場合、支援の申し出がなくとも相談支援センターにつなぐ体制の構築等が考えられる。ただし、医療従事者と患者・家族の間において、負担に対する働きかけの認識にギャップがある可能性があり、それを埋める取組も併せて必要と考えられる。
- ・相談支援センターは、治療法に関する情報提供や療養上の相談など、患者や家族からの様々な相談に対応しているが、地域の医療機関等の患者に対しても、地域の医療提供体制等に関する相談に対応している。現状では、相談支援センターの認知度や利用実績が低いことから、地域の医療機関等においても、相談支援センターについて適切に周知し、必要に応じてつなぐ体制の構築が求められる。

## 4) 普及啓発の必要性

### <調査結果のまとめ>

- 患者調査（転移・再発がん患者）では、「緩和ケア」について「よく知っている」は7.4%、「ある程度知っている」は32.0%であり、「ほとんど知らない」「全く知らない」が28.3%を占めていた（図表 236）。また、緩和ケアに対するイメージとしては「必要なときに受けるケア」が41.6%、「最終段階で受けるケア」が33.0%と大半を占めており、「診断早期から受けるケア」という認識は14.0%に留まっていた（図表 237）。さらに、緩和ケアについて、29.1%が今後受けたくないとの回答であった。（図表 238）。
- 緩和ケア病棟への入院に対するイメージは、「痛みやつらさに対応してくれる所」が56.2%で最も高く、次いで「最後の看取りの場所」が36.4%であった（図表 257）。
- 各種情報の充足状況のうち、「やや不十分」「不十分」の割合が高かったものは、「民間の相談窓口」が53.5%で最も高く、次いで「公的な相談窓口」が50.0%、「相談できる場所」が48.1%であった（図表 285）。

図表 285 情報の充足状況(n=827)(参考資料2 図表 261(162 ページ))

		十分	やや十分	やや不十分	不十分	不要	無回答	やや不十分+ 不十分
医学的な 情報	①治療方針	42.8%	35.4%	10.8%	3.7%	0.0%	7.3%	14.5%
	②治療内容	43.4%	36.6%	8.8%	3.4%	0.0%	7.7%	12.2%
	③治療による副作用	37.4%	34.9%	13.9%	5.2%	0.6%	8.0%	19.1%
	④症状の推移	31.4%	34.6%	15.6%	6.5%	0.4%	11.5%	22.1%
	⑤不妊の可能性	8.1%	3.5%	2.8%	1.2%	30.8%	53.6%	4.0%
	⑥正確な病名・病態	50.8%	26.1%	8.2%	2.5%	0.8%	11.5%	10.7%
	⑦予後の見通し	18.6%	26.5%	22.7%	11.4%	4.0%	16.8%	34.1%
	⑧蘇生措置の拒否	9.2%	7.9%	13.8%	12.9%	23.8%	32.4%	26.7%
社会的な 情報	①障害年金の手続	8.5%	8.1%	11.2%	27.2%	24.5%	20.4%	38.4%
	②亡くなった後の手続	4.2%	10.4%	14.4%	29.3%	22.0%	19.7%	43.7%
	③相談できる場所	6.2%	12.3%	20.8%	27.3%	14.9%	18.5%	<b>48.1%</b>
	④就学・就労の継続	6.0%	9.4%	8.8%	11.9%	31.3%	32.5%	20.7%
地域資源 に関する 情報	①病院や診療所の存在	26.6%	22.4%	18.3%	14.3%	5.8%	12.7%	32.6%
	②公的な相談窓口	11.4%	16.2%	25.5%	24.5%	7.3%	15.1%	<b>50.0%</b>
	③民間の相談窓口	5.6%	12.5%	26.1%	27.4%	9.9%	18.5%	<b>53.5%</b>

### <考察>

- 緩和ケア＝最終段階や看取りの時期に受けるケアというイメージがあり、また、緩和ケア病棟＝最後の看取りの場所というイメージが根強い。緩和ケアを受けたくないと答えた患者が一定数いた背景には、そうしたイメージも影響しているものと考えられる。心理的なつらさや社会的なつらさも含め、緩和ケアががんと診断されたときから受けるものであるということを普及啓発することで、緩和ケアが受けられやすい、相談しやすい環境を整備する必要がある。
- 普及啓発に当たっては、不足していると考えられている「民間の相談窓口」や「公的な相談窓口」などの地域資源に関する情報や、「相談できる場所」などの社会的な情報をはじめ、患者や家族にとって必要な情報を適切に発信する必要がある。
- 普及啓発や情報提供の方法としては、就労支援、AYA世代がんも含めて効果的に普及啓発を行うことが求められる。