

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
1. 病院等における緩和ケアの提供状況		
病院等における緩和ケアの提供状況(資料3 1ページ)	<p>【対象】患者 ○緩和ケアを受けたかった時期(資料3 図表269(2ページ)) →(「再発や転移に対する治療時期」を除き)「がんと診断され、治療方針が決定するまでの時期」が最も大きい割合(19.2%) ○緩和ケアを受けた時期(資料3 図表269(2ページ)) →(「再発や転移に対する治療時期」を除き)「がんに対する最初の治療時期」が最も大きい割合(25.5%) ○緩和ケアを受けた内容(資料3 図表269(2ページ)) →社会的なつらさについて、緩和ケアを受けた割合が低い</p>	<p>○緩和ケアを受けたかった時期よりも、実際に緩和ケアを受けた時期が遅い傾向 ○患者のつらさの内容により、緩和ケアを提供されている割合が異なる ↓ ○医療従事者の人材育成を通じて、患者のつらさの程度や内容を適切に把握し、現状より早い段階から、経過に応じた緩和ケアを提供 (資料5①拠点病院等)</p>
	<p>【対象】拠点病院等のがん診療責任者 ○つらさのスクリーニングの実施時期(資料3 2ページ(第1パラグラフ)) →「入院時(当日または数日以内)」65.1% 「外来受診時」58.1% ○つらさのリスクの高い人が、専門的緩和ケアに引き継がれることが多い時期(資料3 2ページ(第1パラグラフ)) →「リスクが判明して数日以内」44.2% 「リスクが判明した当日」20.9% 「リスクが判明して1週間以内」20.9%</p>	<p>○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 ○スクリーニング実施後、速やかに専門的緩和ケアに引き継ぐことが期待されるものの、対応状況は病院によってばらつきあり ↓ ○つらさのスクリーニングに関して、入院・外来問わず定期的実施することが有効 ○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 (資料5①拠点病院等)</p>

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
2. 都内の緩和ケア病棟の状況		
都内の緩和ケア病棟の状況(資料3 5ページ)	<p>【対象】拠点病院等の医師 ○緩和ケア病棟の退院患者数(資料3 5ページ(第2パラグラフ)) → 退院患者数の平均37.9人のうち、看取り(死亡)が32.7人</p> <p>【対象】緩和ケア病棟のある病院の医師 ○緩和ケア病棟の退院患者数(資料3 5ページ(第2パラグラフ)) → 退院患者数の平均14.0人のうち、看取り(死亡)が12.8人</p>	<p>○患者・家族が希望しても、緩和ケア病棟へすぐに入院できない状況であり、これは緩和ケア病棟は大部分が看取り(死亡)の場として利用されていることが一つの要因</p> <p>○緩和ケア病棟の病床数を踏まえると、緩和ケア病棟のみでがん患者を受け入れることは困難</p> <p>↓</p> <p>○地域へ円滑に移行し、在宅緩和ケアを促進させる仕組みづくりが必要</p> <p>○緩和ケア病棟の役割を明確化し、病床の機能分化を推進(資料5②緩和ケア病棟)</p>
	<p>【対象】拠点病院等の医師 ○緩和ケア病棟の平均病床利用率(資料3 5ページ(第2パラグラフ)) → 75.6%</p> <p>【対象】緩和ケア病棟のある病院の医師 ○緩和ケア病棟の平均病床利用率(資料3 5ページ(第2パラグラフ)) → 62.9%</p> <p>※全国的一般病床の平均病床利用率：75.9%</p>	
	<p>【対象】拠点病院等のがん診療責任者 ○患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点(資料3 5ページ(第3パラグラフ)) → 「希望してもすぐに入院できない」46.5%</p> <p>【対象】緩和ケア病棟のある病院のがん診療責任者 ○患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点(資料3 5ページ(第3パラグラフ)) → 「希望してもすぐに入院できない」62.5%</p>	

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
3. 地域連携、在宅緩和ケアの推進		
1) 地域連携と在宅緩和ケアの状況 (資料 3 8 ページ)	<p>【対象】拠点病院等の医師</p> <p>○入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因 (資料 3 図表 277 (10ページ))</p> <p>→ (患者の要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 「本人の在宅療養に対する不安」 77.8% 「家族からの反対」 73.3% (受入先の要因) 「患者の看取りができる医療機関が不足」 48.9% 「緩和ケアで必要なスキルを持っている人材が不足」 46.7% <p>【対象】診療所</p> <p>○入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因 (資料 3 図表 277 (10ページ))</p> <p>→ (送り側の要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 「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% (共通) 「患者の急変時の対応が明確でない」 40.7% 	<p>○拠点病院等においては、在宅医療への移行を阻む要因として「患者の要因」「受入先の要因」を挙げる割合が大きいが、診療所においては、「送り側の要因」を挙げる割合が大きい。</p> <p>↓</p> <p>○拠点病院等において、早い段階からの本人や家族の不安の解消、在宅医療に関する情報提供・理解促進</p> <p>○入院時からのカンファレンスの実施等により地域との連携を強化するなど、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 (資料 5 ③地域連携)</p>

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
<p>2) 薬局における対応状況 (資料 3 12ページ)</p>	<p>【対象】薬局 ○がん患者の緩和ケアへの対応状況 (資料 3 12ページ (第1パラグラフ)) → 「大半の患者について対応できている」 28.1% 「大半の患者について対応できていない」 29.3% ○時間外対応が必要な場合の対応状況 (資料 3 12ページ (第3パラグラフ)) → 「大半の患者について時間外に対応できていない」 「全ての患者について時間外に対応できていない」 計24.1% ○患者に緩和ケアを提供するうえで困難さを感じる理由 (資料 3 12ページ (第2パラグラフ)) → 「オピオイド製剤の迅速な入手が困難」 67.3% 「オピオイド製剤の在庫管理が困難」 43.4% ○平成30年4月における緩和ケアの利用者数 (資料 3 12ページ (第1パラグラフ)) → 平均1.3人</p>	<p>○薬局は、対応実績が少ないことに加え、体制面からも緩和ケアへの対応は限られており、時間外対応も十分とは言えない ○患者に緩和ケアを提供するうえで、オピオイド製剤の入手や在庫管理が困難と考えるケースが多い ↓ ○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必要 (資料 5 ③地域連携)</p>
<p>3) 訪問看護ステーションにおける対応状況 (資料 3 13ページ)</p>	<p>【対象】訪問看護ステーション ○がん患者の緩和ケアの実施状況 (資料 3 13ページ (第1パラグラフ)) → 「行っている」 75.8% ○緩和ケアを「行っている」場合の、多い患者の状況 (資料 3 13ページ (第2パラグラフ)) → 「いわゆる終末期」 69.1% ○緩和ケアの提供において困っていること (資料 3 13ページ (第4パラグラフ)) → ケアマネージャーとの連携の不足</p>	<p>○多くの訪問看護ステーションが、在宅での看取りを中心に緩和ケアに対応 ○一方、在宅での緩和ケアに当たり、医療と介護の連携が必須 ↓ ○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 (資料 5 ③地域連携)</p>

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
4. 人材育成の取組		
人材育成の取組（資料3 14ページ）	<p>【対象】拠点病院等のがん診療責任者、拠点病院等の医師、緩和ケア病棟のある病院のがん診療責任者、緩和ケア病棟のある病院の医師、緩和ケアに対応している病院のがん診療責任者、緩和ケアに対応している病院の医師、診療所、薬局及び訪問看護ステーション</p> <p>○相互交流による研修の必要性（資料3 図表278（14ページ）） → 「必要である」70%以上</p> <p>○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（資料3 図表279（15ページ）） → 「ある」30%未満</p> <p>【対象】拠点病院等の医師、緩和ケア病棟のある病院の医師</p> <p>○緩和ケアに関する知識・技術を得る機会が「やや充足していない」「充足していない」と回答した割合（資料3 14ページ（第3パラグラフ）） → 30%未満</p> <p>【対象】緩和ケアに対応している病院の医師</p> <p>○緩和ケアに関する知識・技術を得る機会が「やや充足していない」「充足していない」と回答した割合（資料3 14ページ（第3パラグラフ）） → 介護職員62.2% 医師（精神症状緩和を担当する医師）55.6% 臨床心理士48.9% 医療ソーシャルワーカー48.8%</p>	<p>○相互交流による研修の必要性があると答えた割合が大きい</p> <p>○緩和ケアに対応している病院の介護士や医師（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は、研修機会が乏しい</p> <p>↓</p> <p>○人材交流による研修の促進、特に研修機会の乏しい地域の医療従事者の取組を推進（資料5④人材育成）</p>

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
5. その他		
<p>1) 小児がん患者への対応 (資料 3 16ページ)</p>	<p>【対象】拠点病院等の医師、緩和ケア病棟のある病院の医師 ○小児がん専門病院と地域施設との役割分担 (資料 3 16ページ (第 1 パラグラフ)) → 「どちらかといえばできていない」「できていない」がそれぞれ34.4%、50% ○小児がん専門病院と地域施設との役割分担ができていない理由 (上位 2 つ) (資料 3 16ページ (第 1 パラグラフ)) → 「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」 ○拠点病院等の医師からの意見 (資料 3 16ページ (第 1 パラグラフ)) → 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</p>	<p>○小児がんでは、がん専門病院と地域施設との役割分担が不十分 ○理由として、情報共有に課題があり、施設や人材が不足している現状 ↓ ○小児がん拠点病院を中心とした地域連携を進めていく必要 (資料⑤その他)</p>

東京都がん医療等に係る実態調査を踏まえた緩和ケアの推進について

資料 4

項目	結果概要	推進の方向(案)
<p>2) 高齢者(75歳以上)のがん患者への対応(資料3 17ページ)</p>	<p>【対象】拠点病院等の医師、緩和ケア病棟のある病院の医師 ○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(上位3つ)(資料3 図表282(18ページ)) → 「認知機能の低下」「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」</p> <p>【対象】緩和ケアに対応している病院、診療所 ○がん専門病院と地域医療機関・施設の医師の役割分担(資料3 図表281(17ページ)) → 「どちらかといえばできていない」「できていない」が20%程度存在</p>	<p>○高齢のがん患者は、治療方針決定のための情報提供や意思決定に当たり配慮が必要 ○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存在</p> <p>↓</p> <p>○問題が顕在化する前からの支援開始が重要 ・本人と家族の話し合い ・キーパーソン不在時の対応</p> <p>○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(資料⑤その他)</p>

