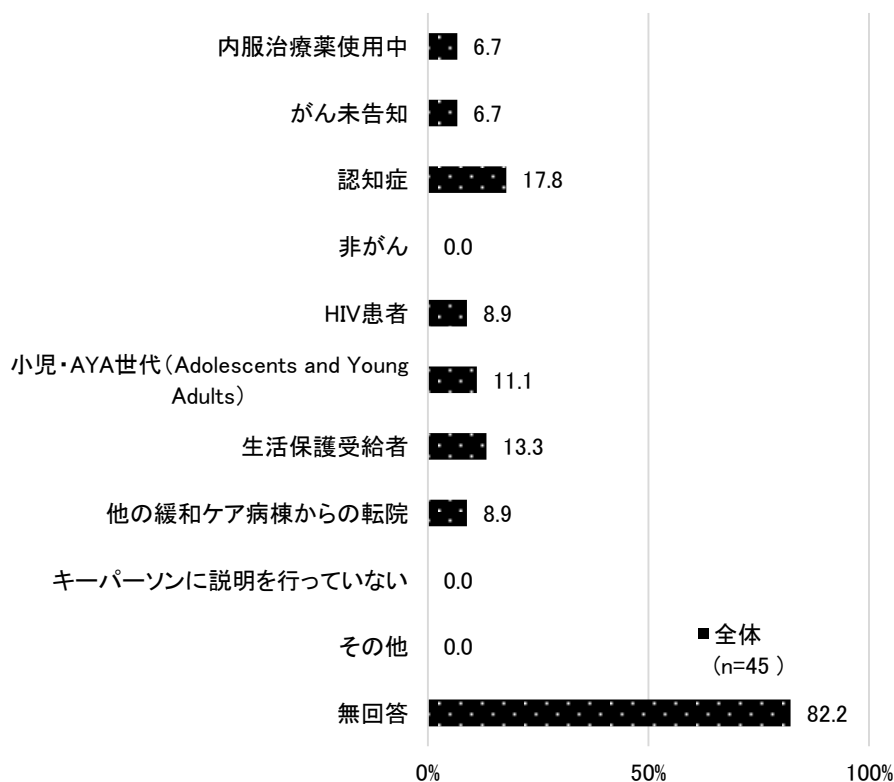


■ 受け入れ可能な患者の状態像（問 23）

受け入れ可能な患者の状態像は、「認知症」が17.8%で最も高く、次いで「生活保護受給者」が13.3%であった。

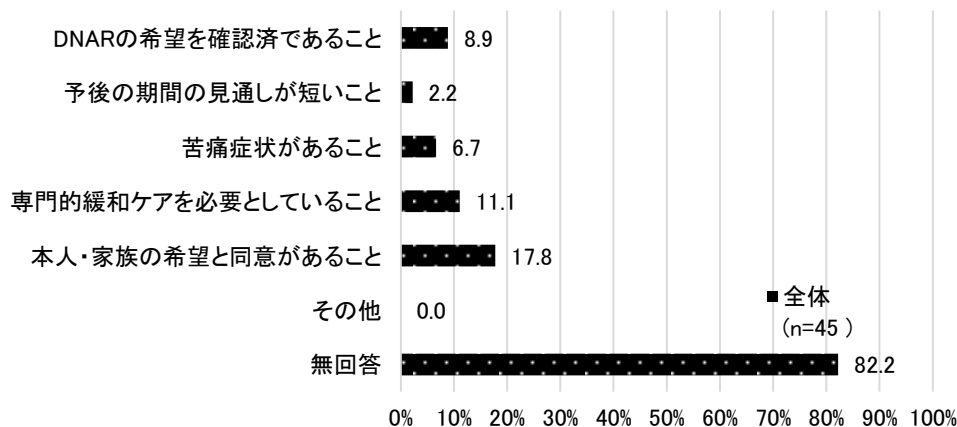
図表 36 受け入れ可能な患者の状態像(複数回答)



■ 病棟に入院する時点での条件（問 24）

病棟に入院する時点の条件は、「本人・家族の希望と同意があること」が17.8%で最も高く、次いで「専門的緩和ケアを必要としていること」が11.1%であった。

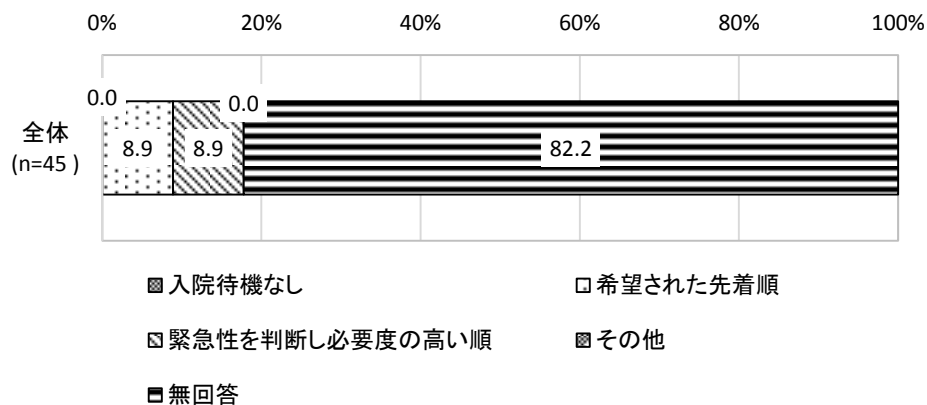
図表 37 病棟に入院する時点での条件(複数回答)



■ 入院待機がある場合の入院順の決定方法（最も優先するもの）（問 25）

入院待機がある場合の、入院順の決定方法（最も優先するもの）は、「希望された先着順」と「緊急性を判断し必要度の高い順」がそれぞれ 8.9%であった。

図表 38 入院待機がある場合の入院順の決定方法（最も優先するもの）

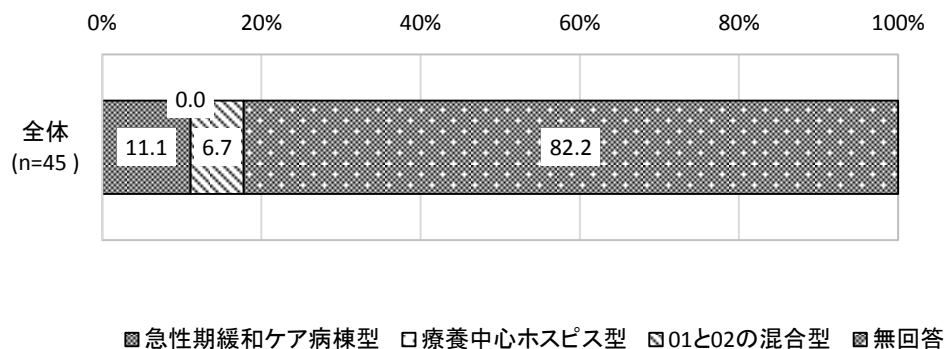


■ 病棟の地域での役割（問 26、27）

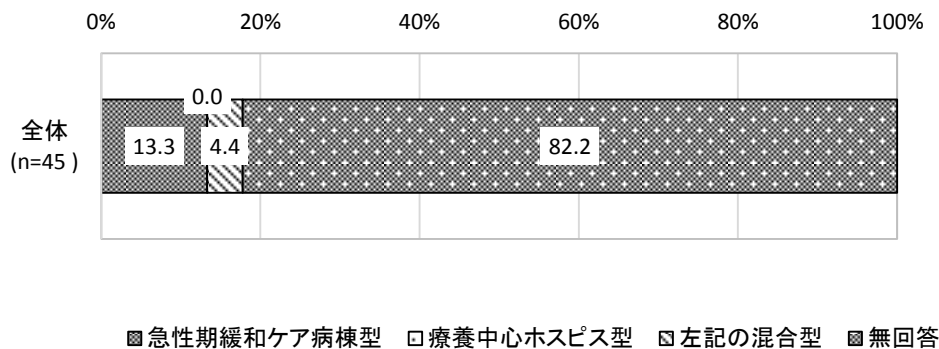
現在の病棟の地域での役割は、「急性期緩和ケア病棟型」が 11.1%で最も高く、次いで「急性期緩和ケア病棟型と療養中心ホスピス型の混合型」が 6.7%であった。

今後目指す方向としては、「急性期緩和ケア病棟型」が 13.3%で最も高く、次いで「急性期緩和ケア病棟型と療養中心ホスピス型の混合型」が 4.4%であった。

図表 39 病棟の地域での役割



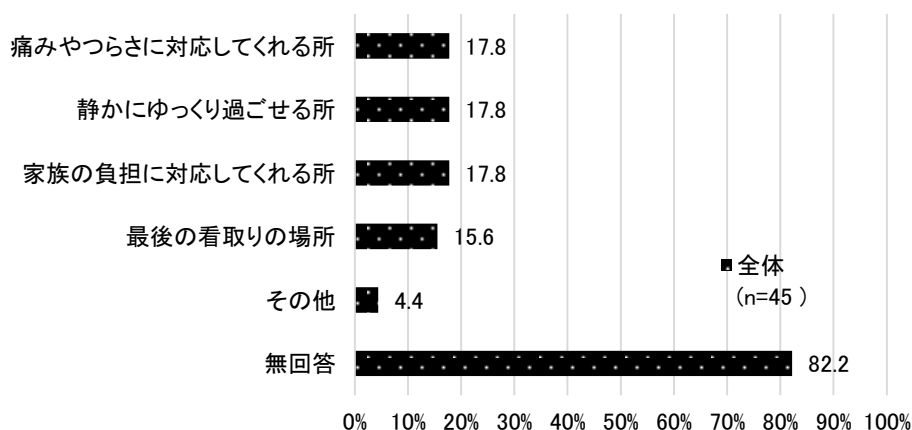
図表 40 病棟の地域での役割として今後目指す方向



■ 患者・家族の緩和ケアに対する期待（問 28）

患者・家族の緩和ケアに対する期待は、「痛みやつらさに対応してくれる所」「静かにゆっくり過ごせる所」「家族の負担に対応してくれる所」がそれぞれ 17.8%であった。

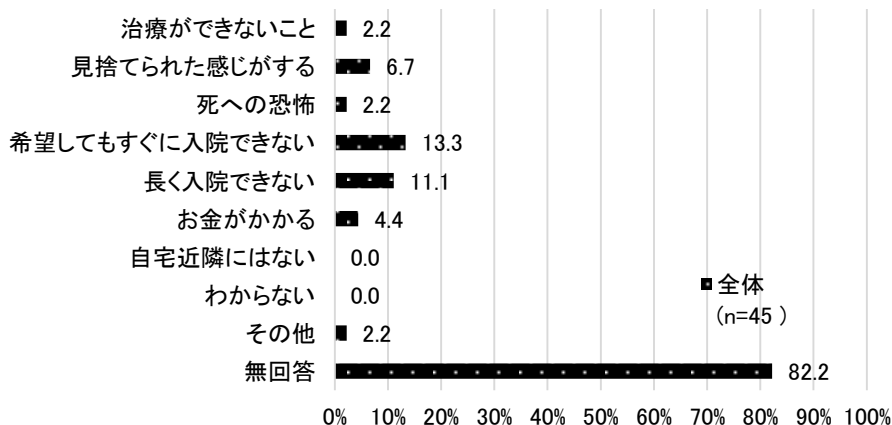
図表 41 患者・家族の緩和ケアに対する期待(複数回答)



■ 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点（問 29）

患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点は、「希望してもすぐに入院できない」が13.3%で最も高く、次いで「長く入院できない」が11.1%であった。

図表 42 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点（複数回答：2つまで）



※その他：「一度入ったらもう出られない」との回答があった。

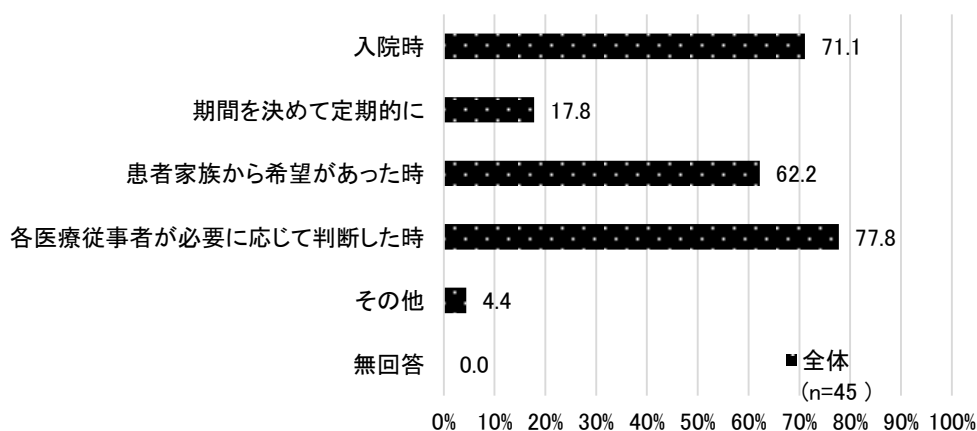
4) 地域連携・在宅緩和ケア

■ 転退院支援の開始時期（問 30）

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、「各医療従事者が必要に応じて判断した時」が77.8%で最も高く、次いで「入院時」が71.1%であった。

「期間を決めて定期的に」と回答した場合（n=8）の、具体的な内訳は、「1週間後」と「4週間後」がそれぞれ2件、「2週間後」と「12週間後」がそれぞれ1件であった。

図表 43 転退院支援の開始時期（複数回答：3つまで）



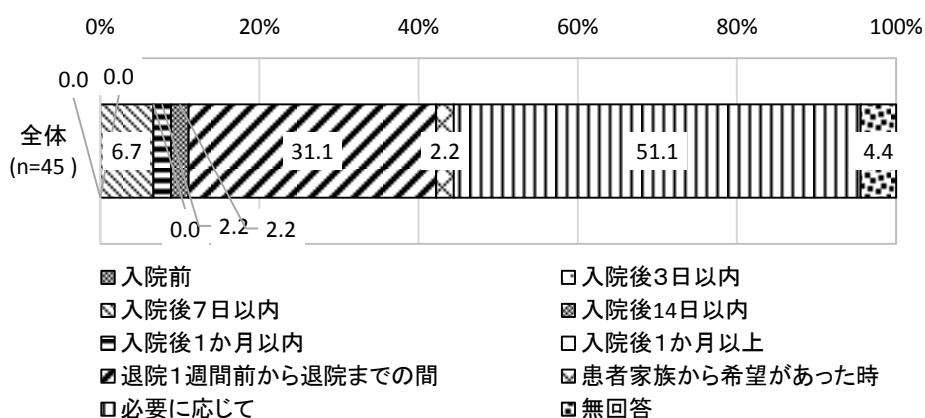
※その他：「在宅移行が決定したとき」「入院前の面談時」との回答があった。

■ 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期（問 31、32）

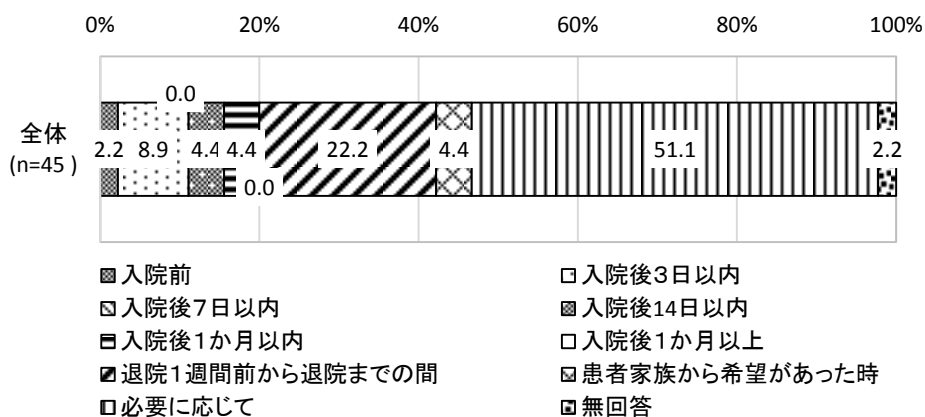
転退院を進める上での、受入先医療機関やかかりつけ医、介護事業者と情報共有のためのカンファレンスの開始時期は、「必要に応じて」が51.1%で最も高く、次いで「退院1週間前から退院までの間」が31.1%であった。

望ましい開始時期は、「必要に応じて」が51.1%で最も高く、次いで「退院1週間前から退院までの間」が22.2%であった。

図表 44 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期



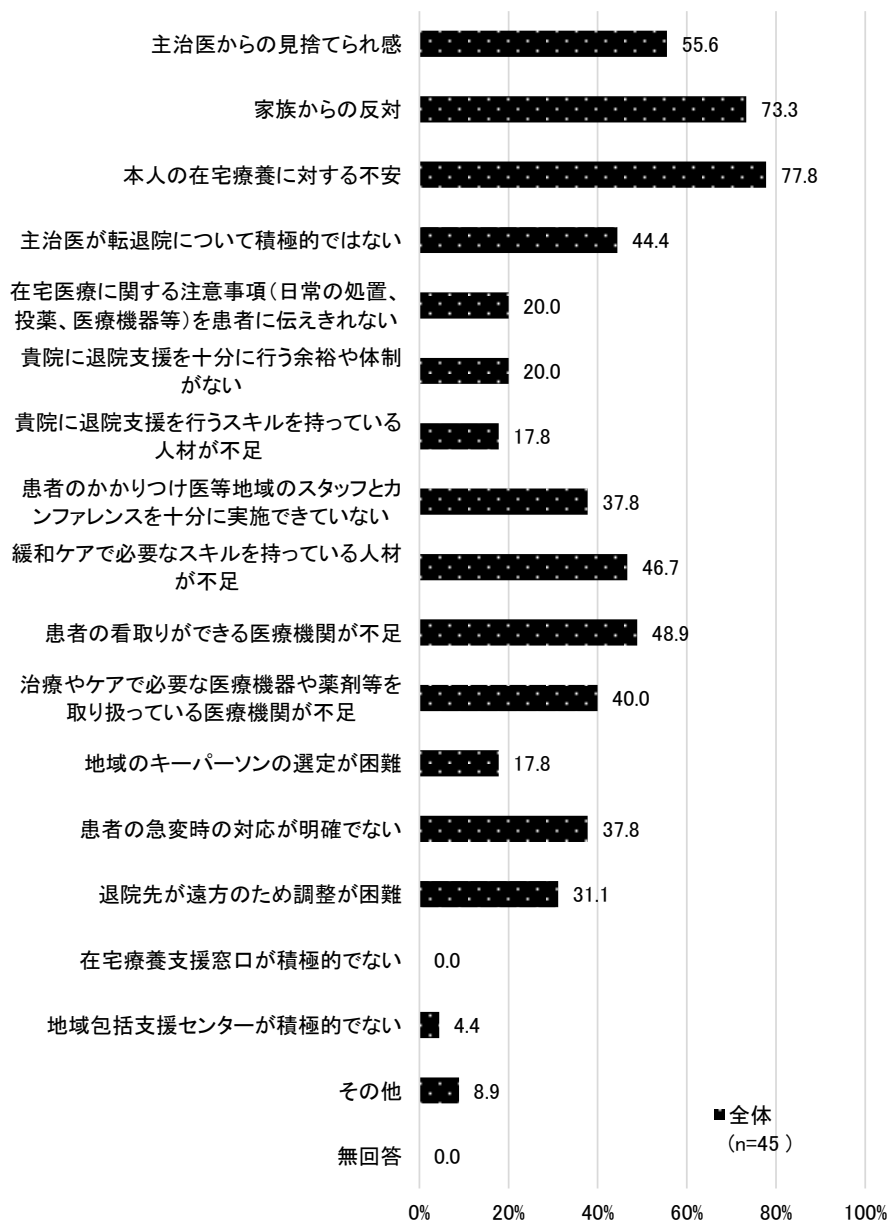
図表 45 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの望ましい開始時期



■ 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因（問 33）

病院での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因は、「本人の在宅療養に対する不安」が77.8%で最も高く、次いで「家族からの反対」が73.3%であった。

図表 46 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因(複数回答)



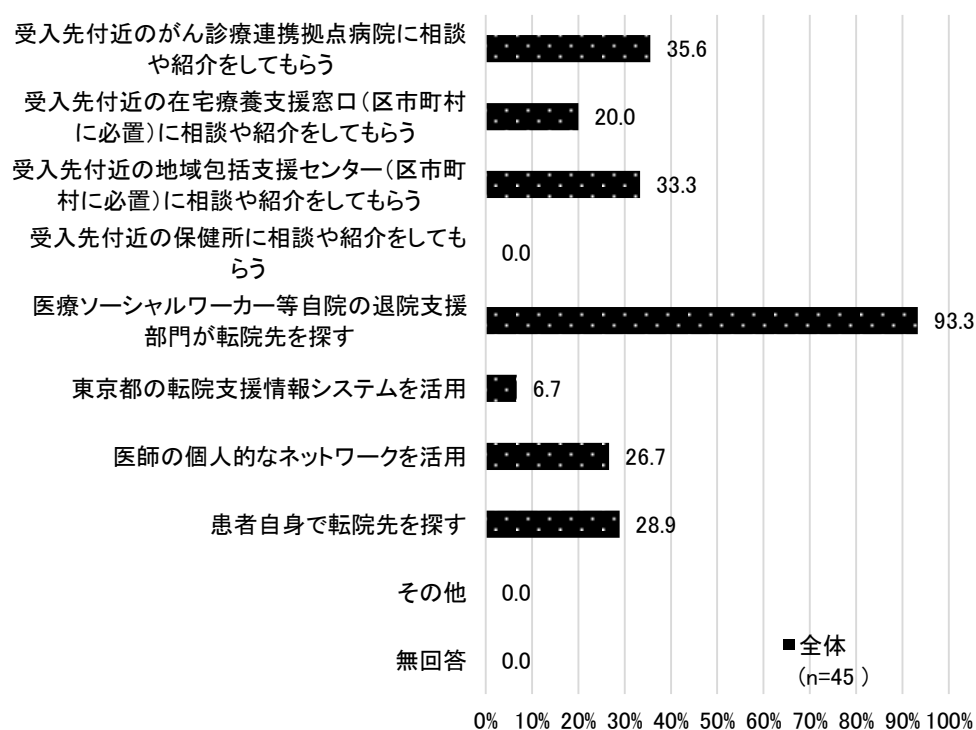
※その他：「ADL（日常生活動作）が低下した状況でも在宅療養を受ける意味を見出すプロセスをたどる能力が市民、患者・家族、医療者（病院・在宅）に低い」「在宅医療は高額」「患者の持出し額が大きい（自費ヘルパー等）」「医師の転退院に関する判断が遅い」「緊急入院時の差額ベッド代が高い」等の回答があった。

■ 転退院先の決定方法（問 34、35）

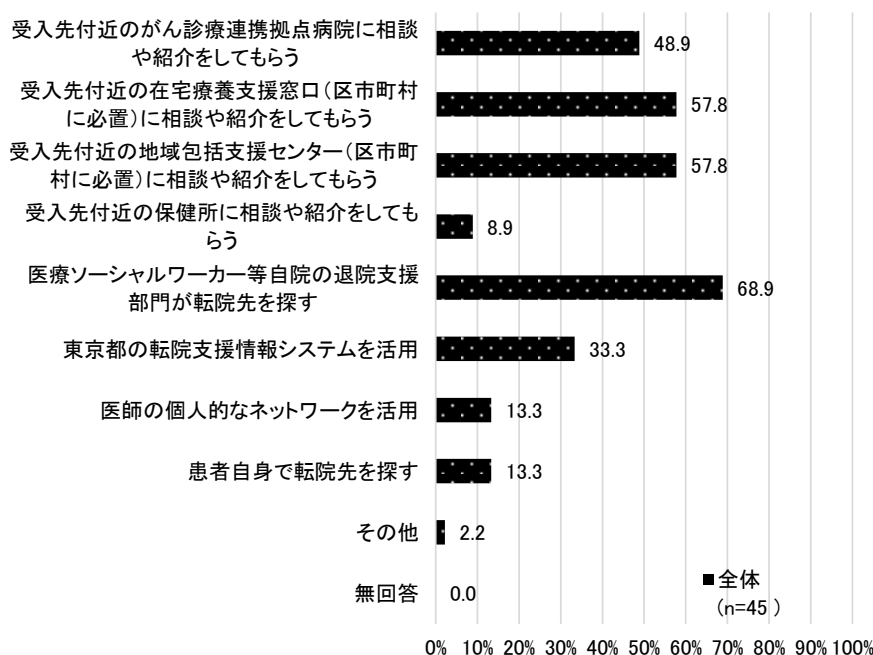
これまで転退院の実績のある医療機関へ転退院ができない場合の、転退院先の決定方法は、「医療ソーシャルワーカー等院自院の退院支援部門が転院先を探す」が 93.3%で最も高く、次いで「受入先付近のがん診療連携拠点病院に相談や紹介をしてもらう」が 35.6%であった。

望ましい決定方法は、「医療ソーシャルワーカー等自院の退院支援部門が転院先を探す」が 68.9%で最も高く、次いで「受入先付近の在宅療養支援窓口（区市町村に必置）に相談や紹介をしてもらう」と「受入先付近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」がそれぞれ 57.8%であった。

図表 47 転退院先の決定方法(複数回答)



図表 48 転退院先の望ましい決定方法(複数回答)

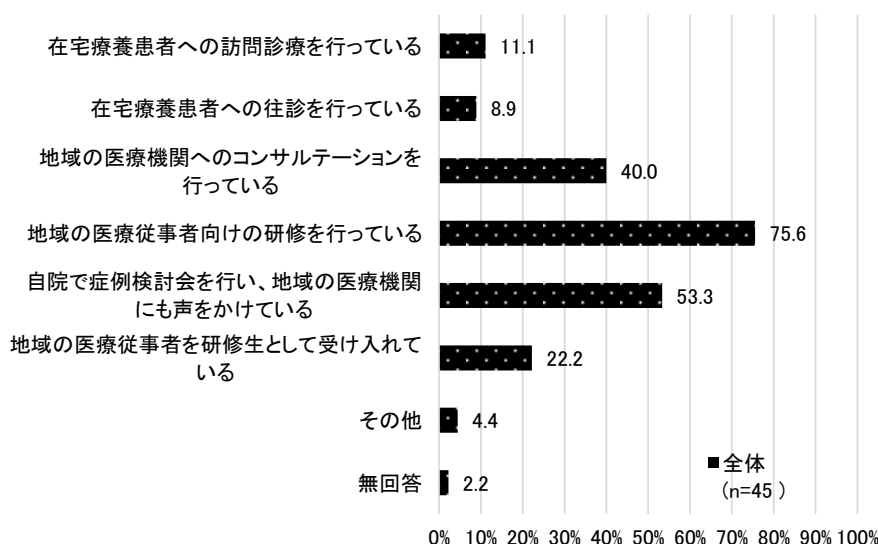


※その他：「患者・家族と話し合いその地域の特性を見定めながら決める」との回答があった。

■ 在宅療養患者・地域医療機関への支援体制(問 36)

在宅療養患者・地域医療機関への支援体制としては、「地域の医療従事者向けの研修を行っている」が 75.6%で最も高く、次いで「自院で症例検討会を行い、地域の医療機関にも声をかけている」が 53.3%であった。

図表 49 在宅療養患者・地域医療機関への支援体制(複数回答)



※その他：「地域緩和ケア支援(医療機関に出向き、カンファレンス、回診を行っている)出張」「特に行っていない」との回答があった。

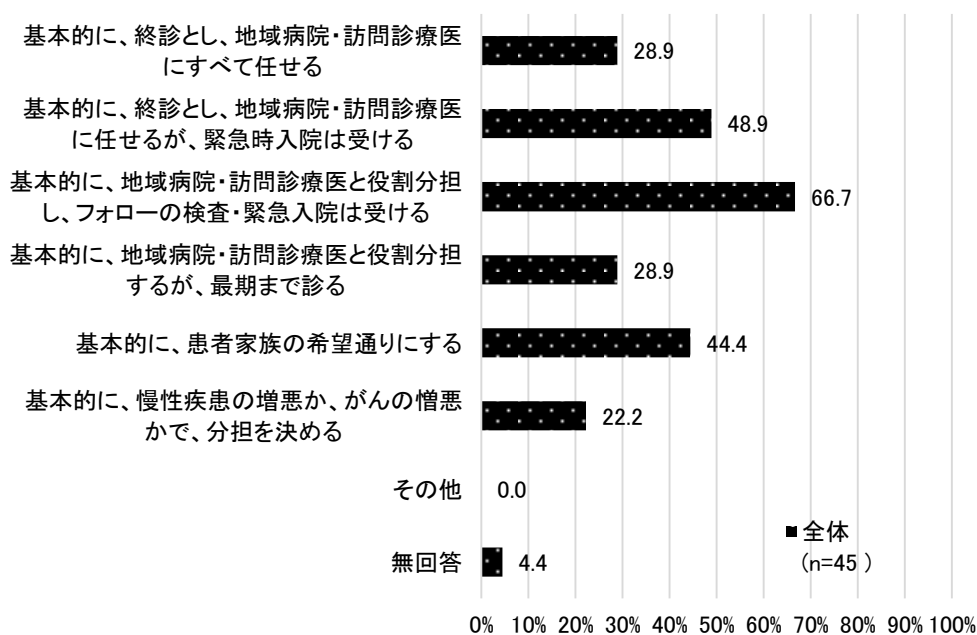
5) 高齢（75歳以上）のがん患者

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

■ 薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応（入院必要時の対応）（問37）

薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応（入院必要時の対応）は、「基本的に、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」が66.7%で最も高く、次いで「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」が48.9%であった。

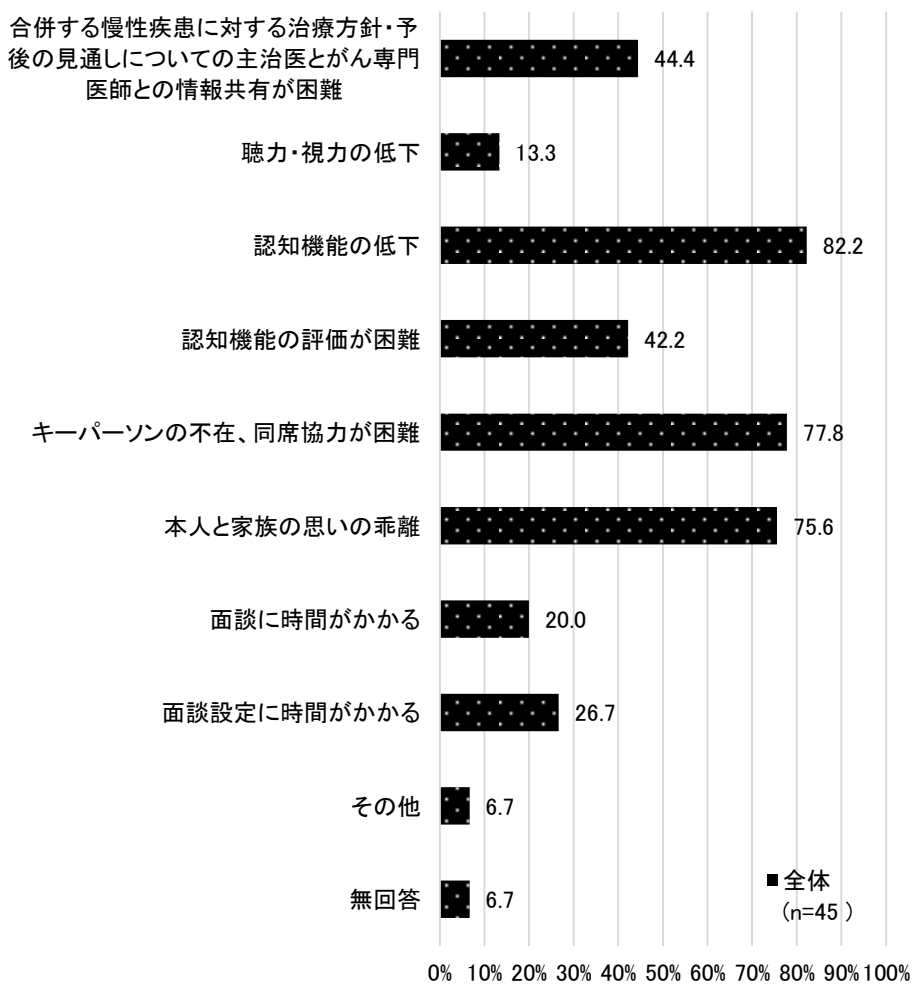
図表 50 薬剤処方・フォローの検査・緊急時の対応（入院必要時の対応）（複数回答）



■ 治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題（問 38）

治療方針決定のための情報提供と意思決定支援について、特に、高齢の患者で問題になったり、苦勞したりした内容としては、「認知機能の低下」が 82.2%で最も高く、次いで「キーパーソンの不在、同席協力が困難」が 77.8%、「本人と家族の思いの乖離」が 75.6%であった。

図表 51 治療方針決定のための情報提供と意思決定支援における問題(複数回答)



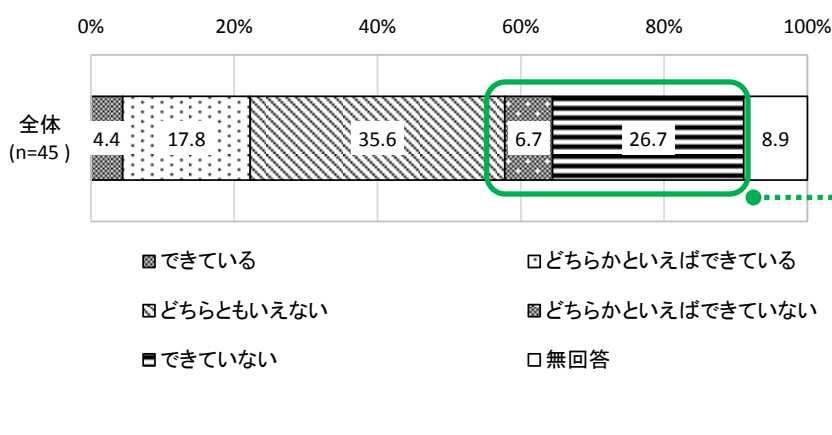
6) 小児・AYA世代のがん治療

■ 小児がん専門病院と地域施設との役割分担（問 39、40）

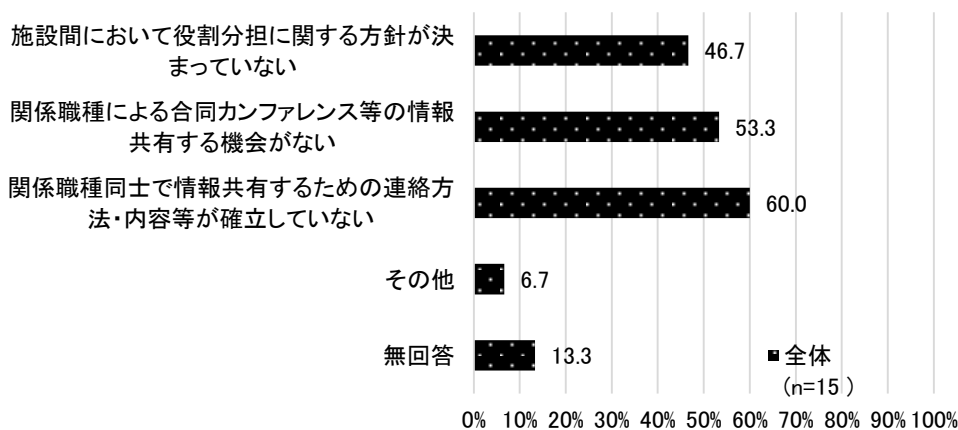
小児がん専門病院と地域施設で、抗がん治療やがん以外の疾病治療、緩和ケア等の役割分担ができているか否かに関しては、「どちらともいえない」が35.6%で最も高く、次いで「できていない」が26.7%であった。

「どちらかといえばできていない」または「できていない」と回答した場合の理由は、「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」が60.0%で最も高く、次いで「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53.3%であった。

図表 52 小児がん専門病院と地域施設との役割分担



図表 53 小児がん専門病院と地域施設との役割分担ができていない理由(複数回答)



※その他：「そもそも紹介されてくることがない」との回答があった。

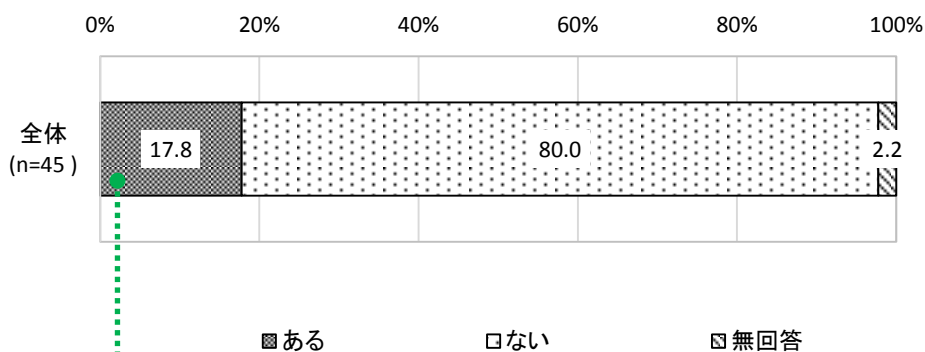
7) 人材育成

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

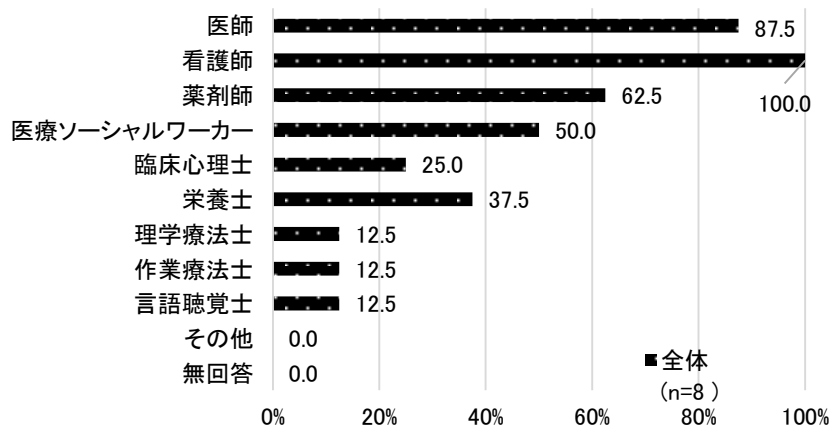
地域内における、がん患者の転退院を促進するために、他病院等と知識や技術の向上及び情報共有等を目的とした、一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況は、「ある」が17.8%、「ない」が80.0%であった。

研修が「ある」場合（n=8）の参加職種は、「看護師」が8件、「医師」が7件などであった。相互交流による研修の必要性に関しては、「必要だと思う」が73.3%であった。

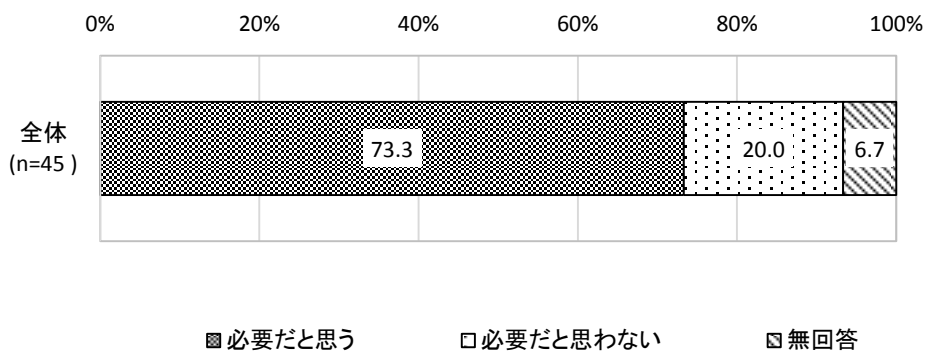
図表 54 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況



図表 55 参加職種（複数回答）



図表 56 相互交流による研修の必要性



■ 緩和ケアに関する知識・技術（を得る機会）の充足状況（問 44）

緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況についてみると、「充足している」の割合は、「（看護師のうち）緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師」が33.3%で最も高く、次いで「医師（身体症状緩和を担当する医師）」と「薬剤師」がそれぞれ26.7%であった。

知識・技術の充足状況についてみると、「充足している」の割合は、「（看護師のうち）緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師」が31.1%で最も高く、次いで「医師（身体症状緩和を担当する医師）」で26.7%であった。

図表 57 緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況(n=45)

	充足している	やや充足している	どちらともいえない	やや充足していない	充足していない	無回答
① 医師（がん治療に携わる医師）	17.8%	46.7%	11.1%	13.3%	6.7%	4.4%
② 医師（身体症状緩和を担当する医師）	26.7%	42.2%	11.1%	15.6%	2.2%	2.2%
③ 医師（精神症状緩和を担当する医師）	24.4%	22.2%	20.0%	20.0%	4.4%	8.9%
④ 看護師	22.2%	44.4%	13.3%	17.8%	0.0%	2.2%
⑤ ④のうち、緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	33.3%	37.8%	8.9%	13.3%	2.2%	4.4%
⑥ 医療ソーシャルワーカー	15.6%	33.3%	26.7%	20.0%	0.0%	4.4%
⑦ 臨床心理士	11.1%	24.4%	28.9%	20.0%	2.2%	13.3%
⑧ 薬剤師	26.7%	37.8%	22.2%	8.9%	0.0%	4.4%
⑨ 栄養士	17.8%	20.0%	31.1%	26.7%	0.0%	4.4%
⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	8.9%	22.2%	35.6%	20.0%	2.2%	11.1%
⑪ 介護士	2.2%	6.7%	31.1%	15.6%	11.1%	33.3%
⑫ その他の職種	0.0%	2.2%	13.3%	2.2%	0.0%	82.2%

図表 58 緩和ケアに関する知識・技術の充足状況(n=45)

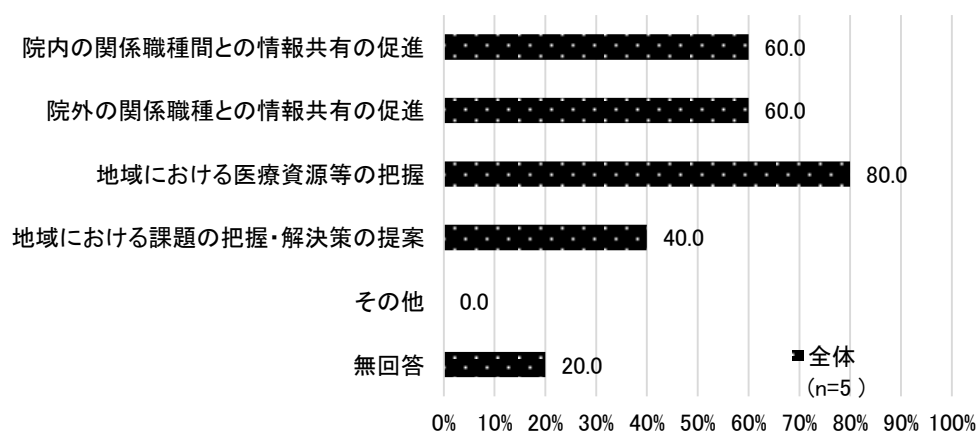
	充足している	やや充足している	どちらともいえない	やや充足していない	充足していない	無回答
① 医師（がん治療に携わる医師）	13.3%	31.1%	20.0%	17.8%	6.7%	11.1%
② 医師（身体症状緩和を担当する医師）	26.7%	48.9%	8.9%	4.4%	4.4%	6.7%
③ 医師（精神症状緩和を担当する医師）	22.2%	31.1%	13.3%	15.6%	4.4%	13.3%
④ 看護師	6.7%	44.4%	26.7%	15.6%	0.0%	6.7%
⑤ ④のうち、緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	31.1%	42.2%	8.9%	6.7%	2.2%	8.9%
⑥ 医療ソーシャルワーカー	15.6%	44.4%	20.0%	8.9%	2.2%	8.9%
⑦ 臨床心理士	11.1%	24.4%	33.3%	11.1%	2.2%	17.8%
⑧ 薬剤師	15.6%	46.7%	24.4%	4.4%	0.0%	8.9%
⑨ 栄養士	15.6%	26.7%	33.3%	13.3%	0.0%	11.1%
⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	8.9%	20.0%	40.0%	11.1%	2.2%	17.8%
⑪ 介護士	0.0%	4.4%	31.1%	13.3%	11.1%	40.0%
⑫ その他の職種	2.2%	0.0%	13.3%	2.2%	0.0%	82.2%

■ 2017年度の地域緩和ケア連携調整員研修の受講者数（問 45、46）

2017年度の地域緩和ケア連携調整員研修の受講者数（ベーシックコース、アドバンスコース合わせて）は、平均0.3人であった。

受講者数が1人以上いる場合の、地域緩和ケア連携調整員の院内及び地域内での役割は、「地域における医療資源等の把握」が80.0%で最も高く、次いで「院内の関係職種間との情報共有の促進」と「院外の関係職種との情報共有の促進」がそれぞれ60.0%であった。

図表 59 地域緩和ケア連携調整員の院内及び地域内での役割(複数回答)



8) 緩和ケアの提供において困っていること、対応が必要なこと

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

<緩和ケアへの提供体制>

- ・ 江戸川区及び近隣に緩和ケア病棟が少ないこと。
- ・ 在宅医療で麻薬の持続投与に対応出来る訪問診療医療機関がもっと増えるといいと思います。
- ・ (転移先となる) 一般病棟、在宅支援診療所の「緩和ケア」の向上が必要です。
- ・ チーム内の役割分担→業務規程の作成。

<患者・家族支援>

- ・ 小児患者に対する支援体制の充実。
- ・ インフォームド・コンセント(アドバンス・ケア・プランニングでも)について主治医が家族を優先する傾向にあること。

<人材育成>

- ・ 小児の緩和、在宅に対応する施設、人材はまだまだ少ない。充実が必要。
- ・ 在宅での看取りやアドバンスケアプランニングが議論されていますが、一般診療の診療所では医療用麻薬の処方出来ないことも珍しくなく、緩和ケアを地域と協働する体制が不十分です。新たな教育プログラムが必要です。
- ・ 精神科腫瘍科や腫瘍内科医が不足している。
- ・ リエゾン精神科医師確保が困難である。
- ・ 緩和ケアの専従の医師が不在。
- ・ 知識・技術を持った人材を増やすこと。
- ・ 人材交流など積極的に考えていきたい。
- ・ 専従医を含めた緩和ケアチームのスタッフ獲得。
- ・ 人手が足りない。

<その他>

- ・ マネジメントについて、都のPDCAサイクルを回していただきたい。

以上

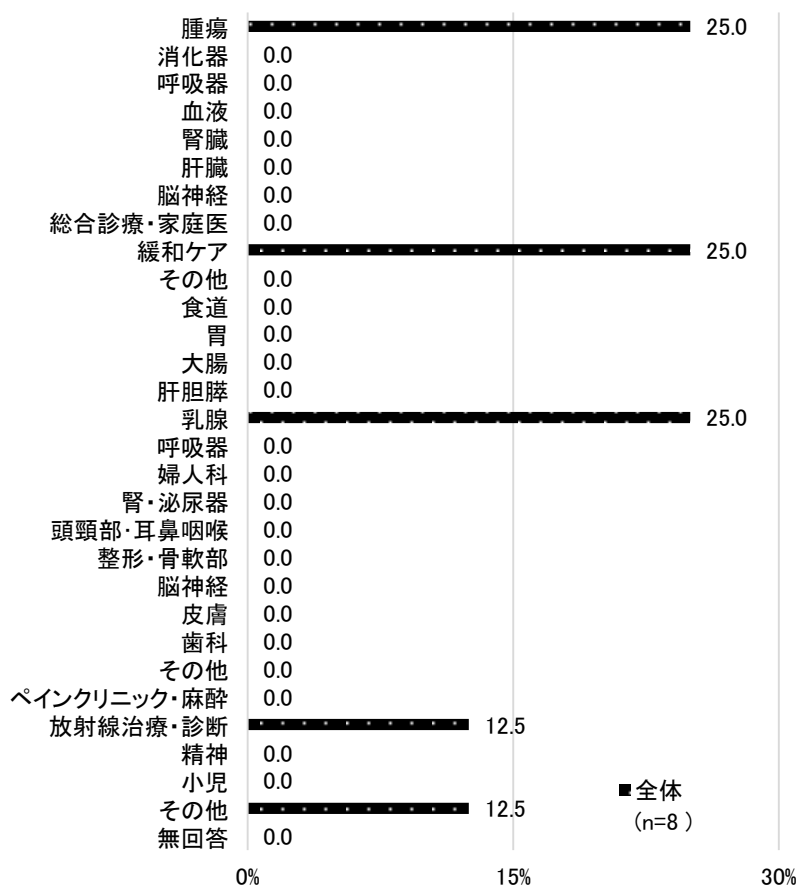
3. 緩和ケア病棟のある病院のがん診療責任者調査

1) 回答者属性

■ 専門分野（問1）

回答者の専門は、「腫瘍」、「緩和ケア」、「乳腺」がそれぞれ25.0%で最も高かった。

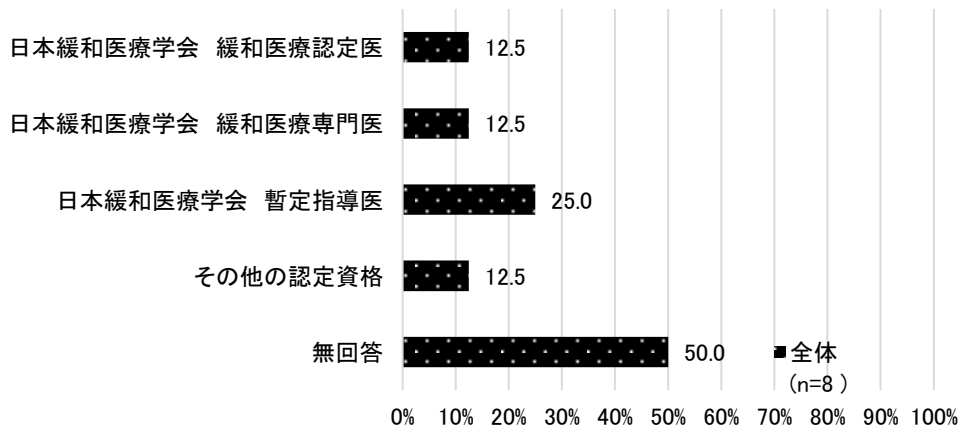
図表 60 専門分野



■ 保有する資格（問2）

緩和ケアについて保有する資格は、「暫定指導医」が25.0%で最も高かった。

図表 61 保有する資格(複数回答)

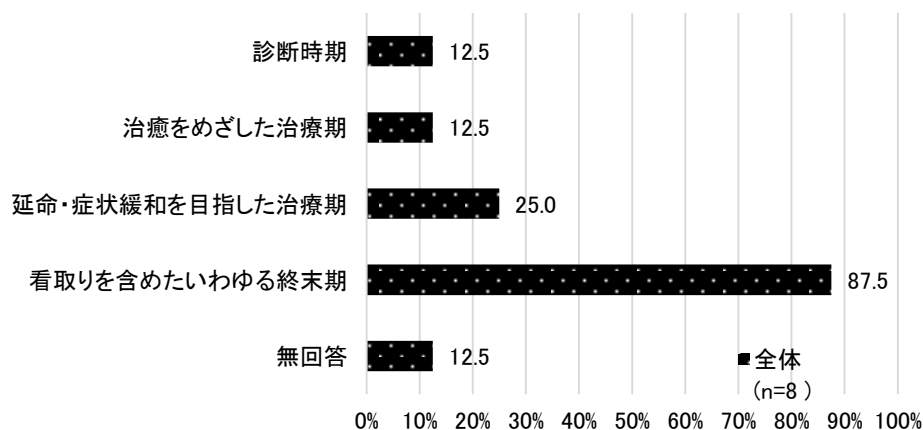


※その他：「放射線治療専門医」との回答があった。

■ 診療する患者の主な状況（問3）

診療する患者の主な状況は、「看取りを含めたいいわゆる終末期」が87.5%で最も高く、次いで「延命・症状緩和を目指した治療期」が25.0%であった。

図表 62 診療する患者の主な状況(複数回答:2つまで)

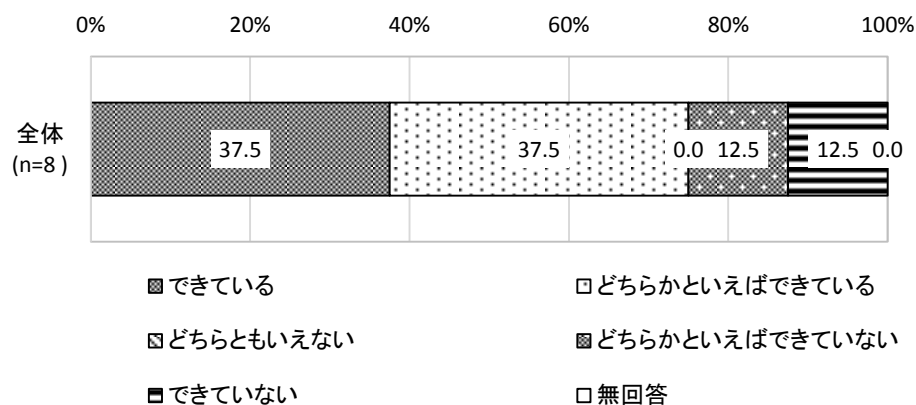


2) 緩和ケアの提供体制

■ がんの診断早期からの緩和ケアの提供状況（問4）

回答者の病院において、全体的に、がんの診断早期から緩和ケアを必要な人に提供できているかどうかに関しては、「できている」と「どちらかといえどできている」がそれぞれ37.5%であった。

図表 63 がんの診断早期からの緩和ケアの提供状況



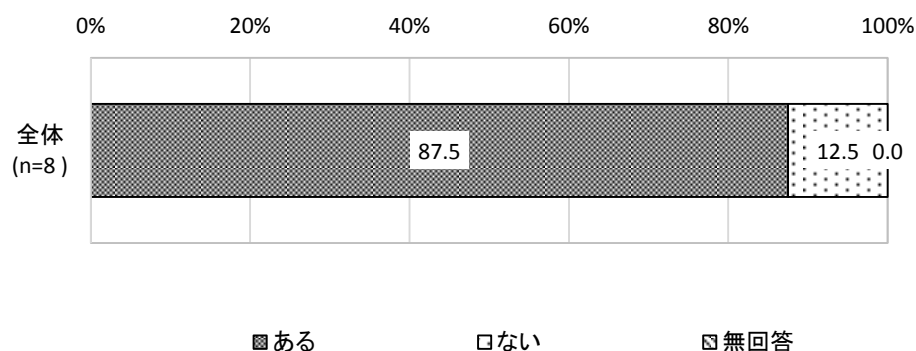
■ 緩和ケア外来の有無、実施状況、対象患者（問5、6、7）

緩和ケア外来の有無は、「ある」が87.5%であった。

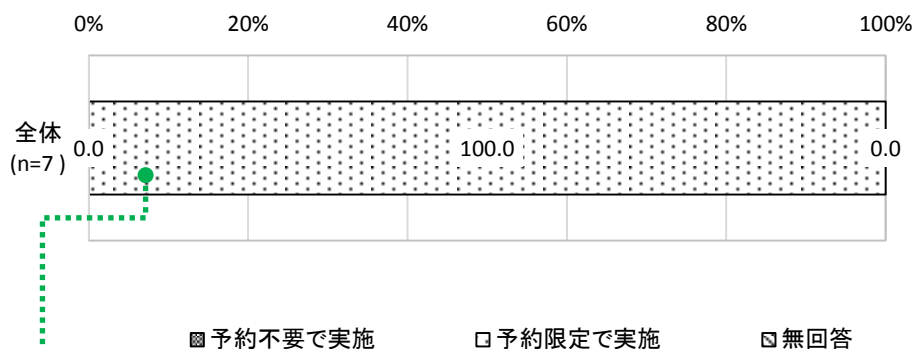
緩和ケア外来が「ある」場合の実施状況は、「予約不要で実施」が100%であり、1週間当たりの実施回数は「週4回」が42.9%で最も高く、平均4.4回であった。

また、緩和ケア外来の対象患者は、「他院からの紹介患者」が85.7%であった。

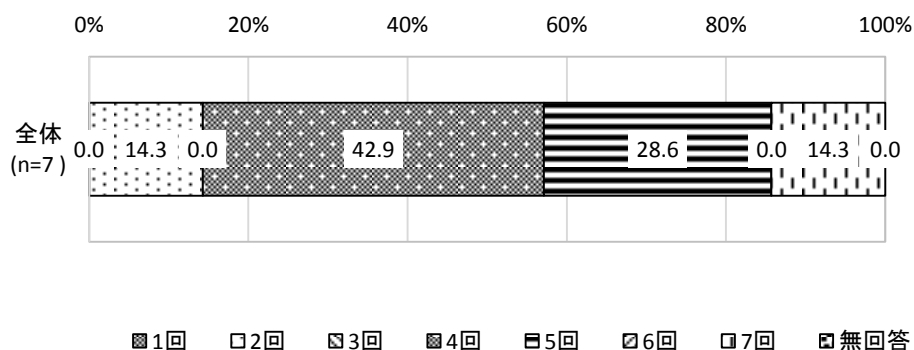
図表 64 緩和ケア外来の有無



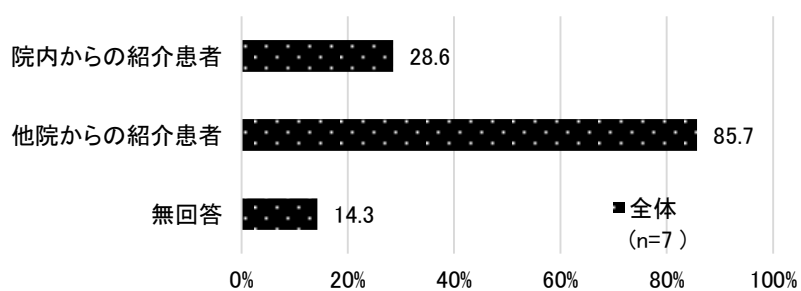
図表 65 緩和ケア外来の実施状況



図表 66 「予約限定で実施」する場合の回数/週

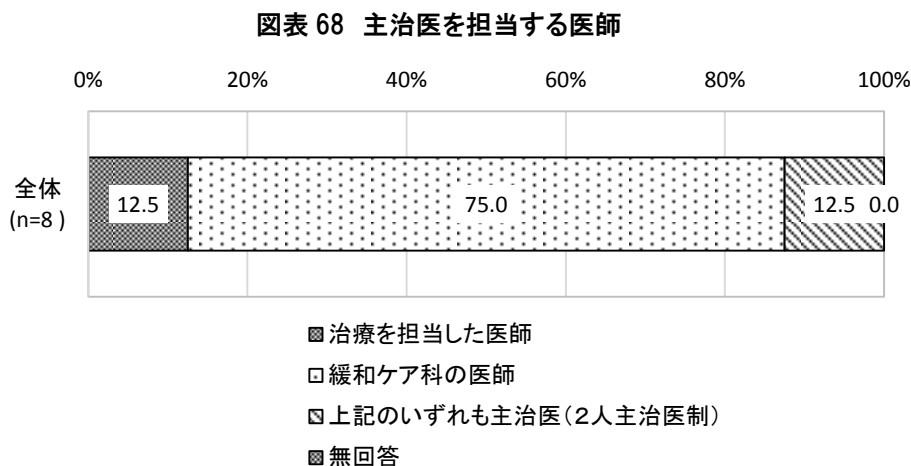


図表 67 緩和ケア外来の対象患者(複数回答)



■ 主治医を担当する医師（問8）

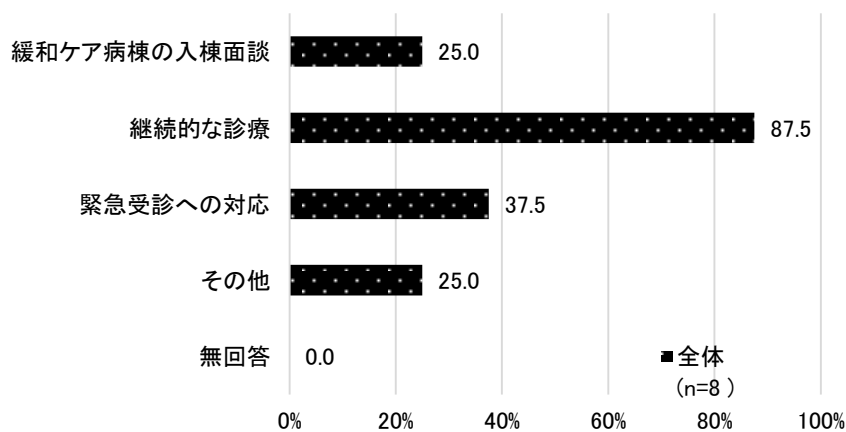
主治医を担当する医師は、「緩和ケア科の医師」が75.0%で最も高く、次いで「治療を担当した医師」と「治療を担当した医師と緩和ケア科の医師のいずれも主治医（2人主治医制）」がそれぞれ12.5%であった。



■ 緩和ケア提供後、治療を担当した主治医の役割（問9）

緩和ケア提供後、治療を担当した主治医の役割は、「継続的な診療」が87.5%で最も高く、次いで「緊急受診への対応」が37.5%であった。

図表 69 緩和ケア提供後、治療を担当した主治医の役割(複数回答)

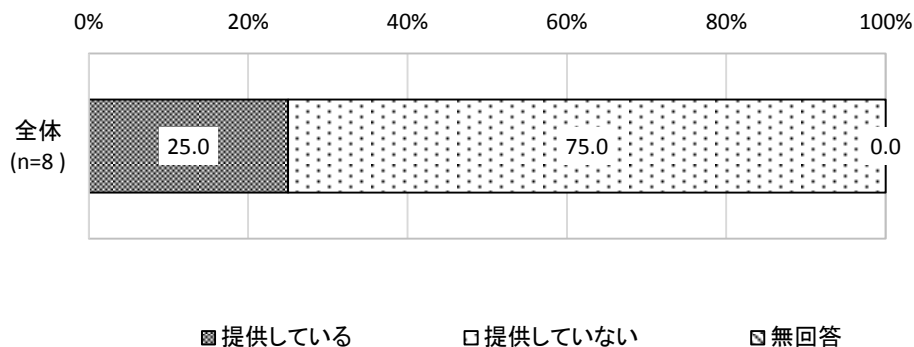


※その他：「特になし」「専門治療が必要になった際の対応」との回答があった。

■ 緩和ケアの訪問診療の提供状況（問 10）

緩和ケアの訪問診療の提供状況は、「提供している」が 25.0%であった。

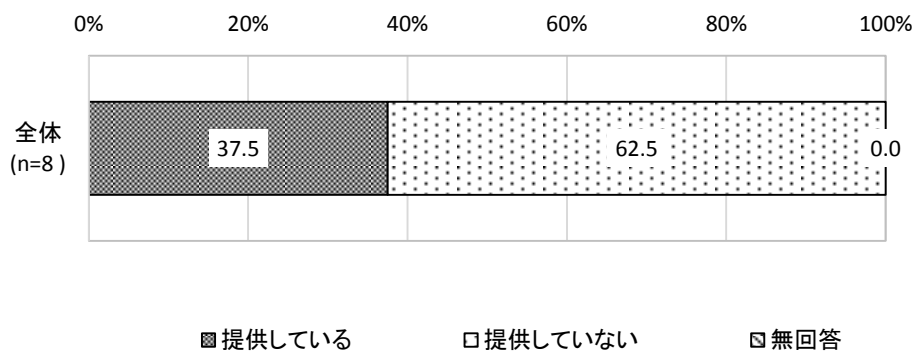
図表 70 緩和ケアの訪問診療の提供状況



■ 緩和ケアの訪問看護の提供状況（問 11）

緩和ケアの訪問看護の提供状況は、「提供している」が 37.5%であった。

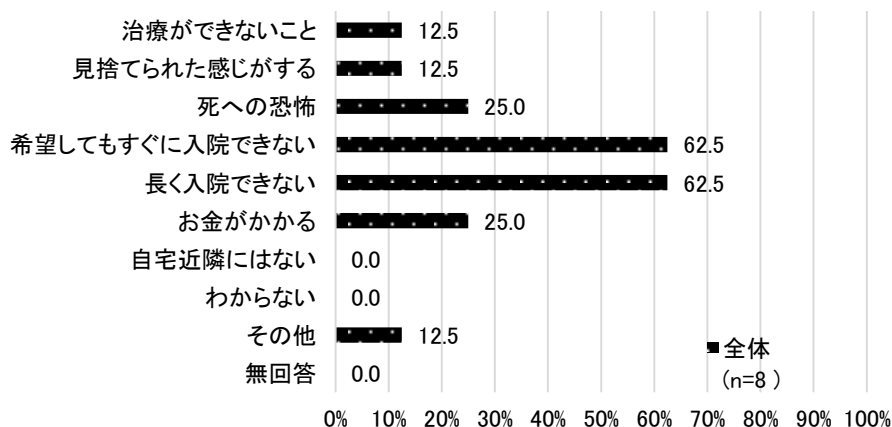
図表 71 緩和ケアの訪問看護の提供状況



■ 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点（問 12）

患者・家族は緩和ケア病棟に対して感じている問題点は、「希望してもすぐに入院できない」と「長く入院できない」がそれぞれ 62.5%であった。

図表 72 患者・家族が緩和ケア病棟に対して感じている問題点（複数回答：2つまで）



※その他：「死に行く場所という誤解」との回答があった。

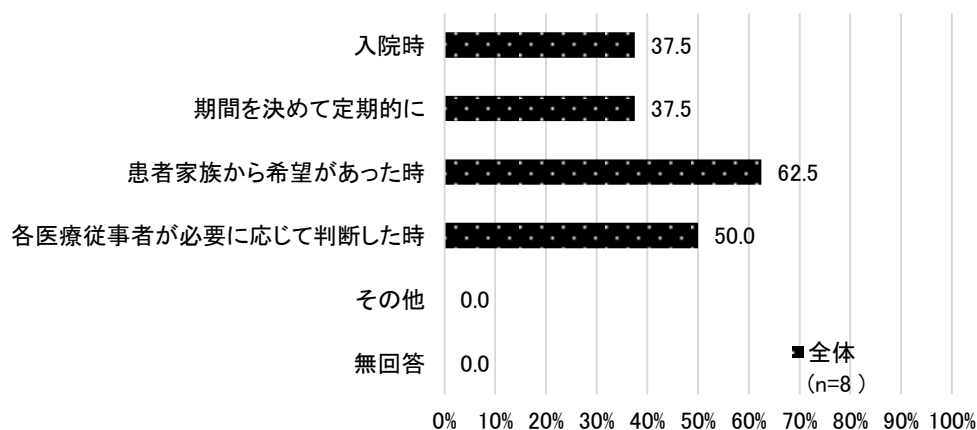
3) 地域連携・在宅緩和ケア

■ 入院した患者の転退院支援の開始時期（問 13）

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、「患者家族から希望があった時」が 62.5%で最も高く、次いで「各医療従事者が必要に応じて判断した時」が 50.0%であった。

「期間を決めて定期的に」と回答した場合（n=3）の、具体的な内訳は、「1週間後」と「3週間後」がそれぞれ 3 件であった。

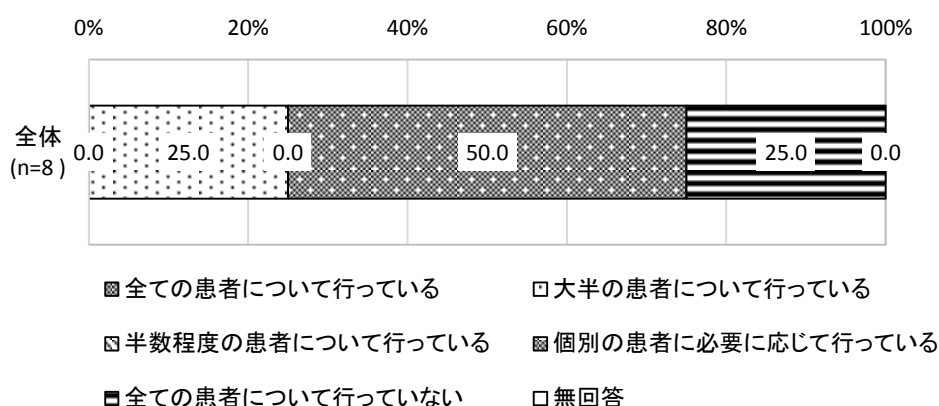
図表 73 入院した患者の転退院支援の開始時期（複数回答：3つまで）



■ 対面での退院時カンファレンスの実施状況（問 14）

拠点病院等での治療後、スムーズに受け入れるため、退院時のカンファレンスを対面で行っているかどうかについては、「個別の患者に必要なに応じて行っている」が 50.0%で最も高く、ついで「大半の患者について行っている」と「全ての患者について行っていない」がそれぞれ 25.0%であった。

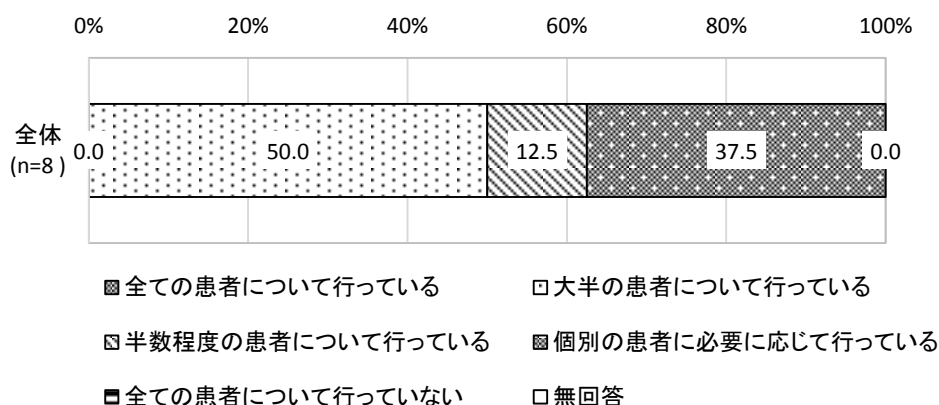
図表 74 対面での退院時カンファレンスの実施状況



■ 診療所や訪問看護ステーションとの対面での退院時カンファレンスの実施状況（問 10）

病院での治療後、円滑に転院や在宅医療に移行するため、退院時のカンファレンスについて、在宅医療を実施している診療所や訪問看護ステーションと対面で行っているかどうかについては、「大半の患者について行っている」が 50.0%で最も高く、次いで「個別の患者に必要なに応じて行っている」が 37.5%であった。

図表 75 診療所や訪問看護ステーションとの対面での退院時カンファレンスの実施状況



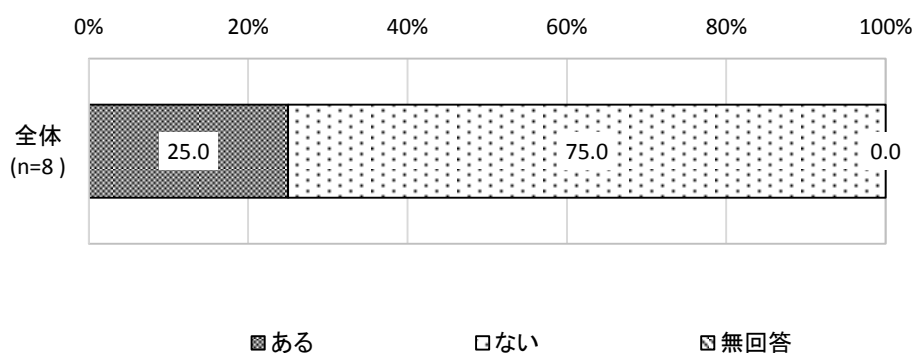
■ 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況（問16、17、18）

地域内における、がん患者の転退院を促進するために、他病院等と知識や技術の向上及び情報共有等を目的とした、一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況は、「ある」が25.0%、「ない」が75.0%であった。

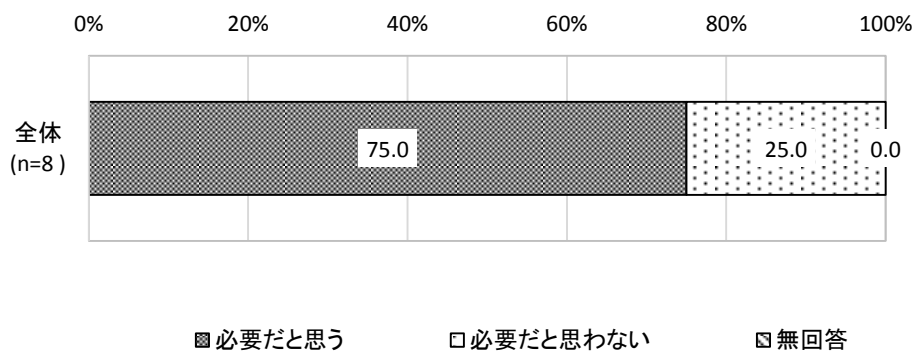
研修が「ある」場合（n=2）の参加職種は、「医師」と「看護師」が2件、「薬剤師」と「医療ソーシャルワーカー」が1件であった。

相互交流による研修の必要性に関しては、「必要だと思う」が75.0%であった。

図表 76 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況



図表 77 相互交流による研修の必要性



4) 緩和ケアの提供において困っていること、対応が必要なこと

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

<緩和ケアへの提供体制>

- ・ 当院は、緩和ケア病棟、在宅部門、訪問看護ステーションがあり、在宅療養がん患者の支援に力を注いでいますが、いちばんの問題点は、ぎりぎりまで化学療法を受けていた患者が余命一か月未満の状態で、かつ、十分な症状説明も受けないまま紹介されてくることです。
- ・ 緩和ケアに精通した往診医が少なく、在宅緩和ケアのレベルが低い。

<その他>

- ・ 当ホスピスでは入院希望者は最期まで当院で過ごされることを積極的に希望されている方がほとんどです。国が考える「皆家に帰りたい」という前提で家に帰すことを目的とした病棟にすることに困惑しています。

以上

4. 緩和ケア病棟のある病院の緩和ケア病棟の責任者、緩和ケア病棟

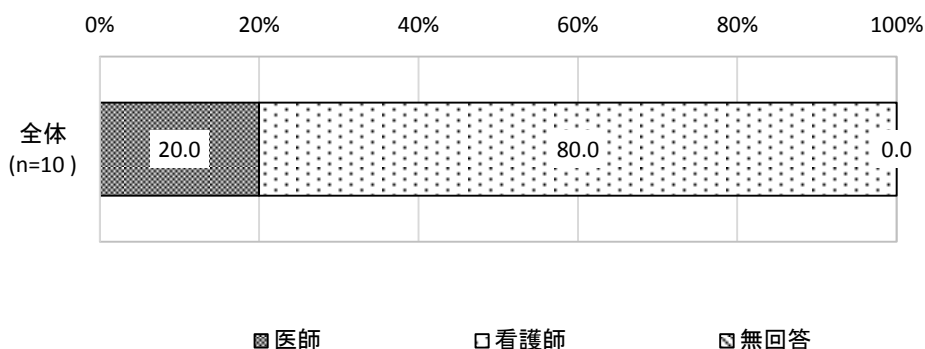
看護師長調査

1) 回答者属性

■ 職種（問1）

回答者の職種は、「医師」が20.0%、「看護師」が80.0%であった。

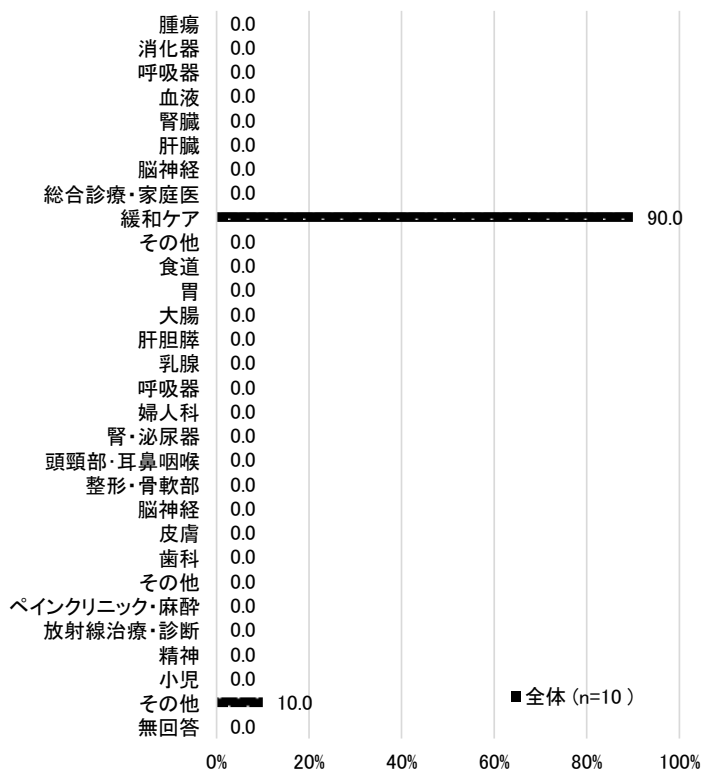
図表 78 職種



■ 専門分野（問2）

回答者の専門は、「緩和ケア」が90.0%で最も高かった。

図表 79 専門分野

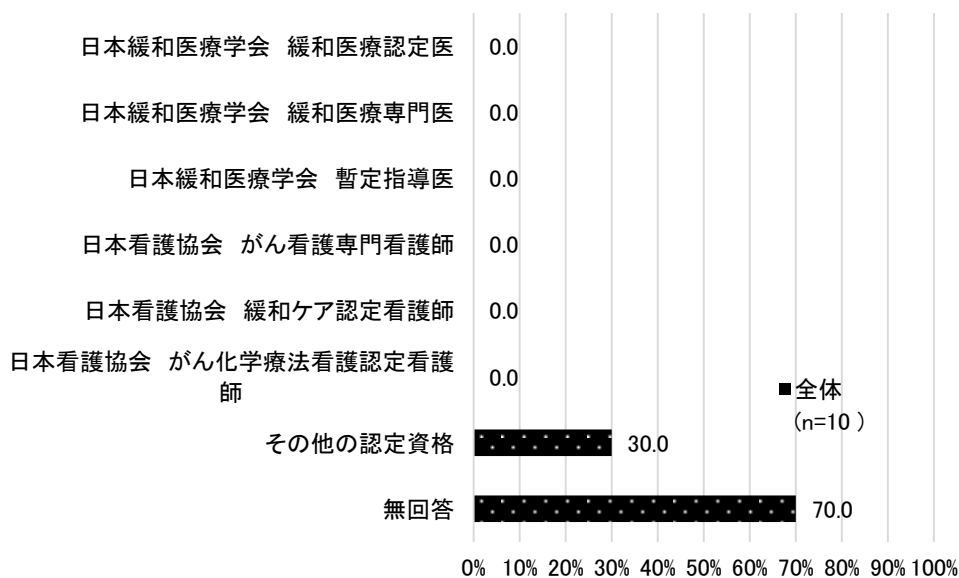


※その他：「看護師長」との回答があった。

■ 保有する資格（問3）

緩和ケアについて保有する資格は、「その他の認定資格」が30.0%であった。

図表 80 保有する資格(複数回答)

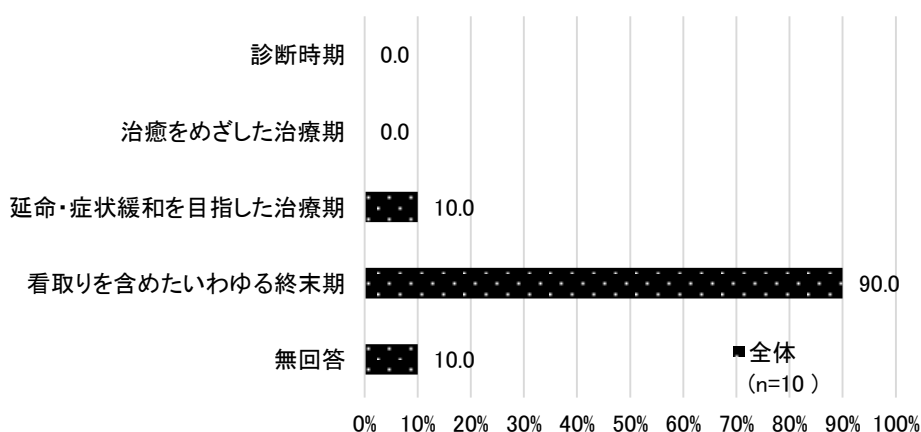


※その他：「がん性疼痛看護認定看護師」との回答があった。

■ 診療する患者の主な状況（問4）

診療する患者の主な状況は、「看取りを含めたいいわゆる終末期」が90.0%で最も高く、次いで「延命・症状緩和を目指した治療期」が10.0%であった。

図表 81 診療する患者の主な状況(複数回答:2つまで)



2) 緩和ケアの提供体制

■ 緩和ケア外来の有無、実施状況、対象患者（問5、6、7）

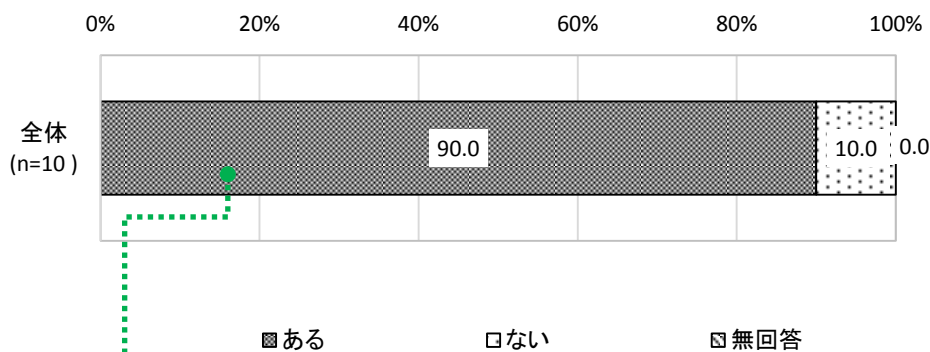
緩和ケア外来の有無は、「ある」が90.0%であった。

緩和ケア外来が「ある」場合の実施状況は、すべて「予約限定で実施」であった。

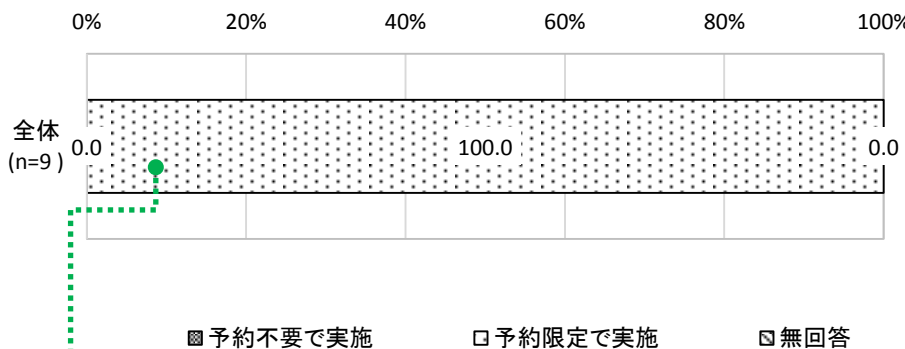
「予約限定で実施」の場合の1週間当たり実施回数は平均4.2回であった。

緩和ケア外来の対象患者は、「院内からの紹介患者」が77.8%、「他院からの紹介患者」が100%であった。

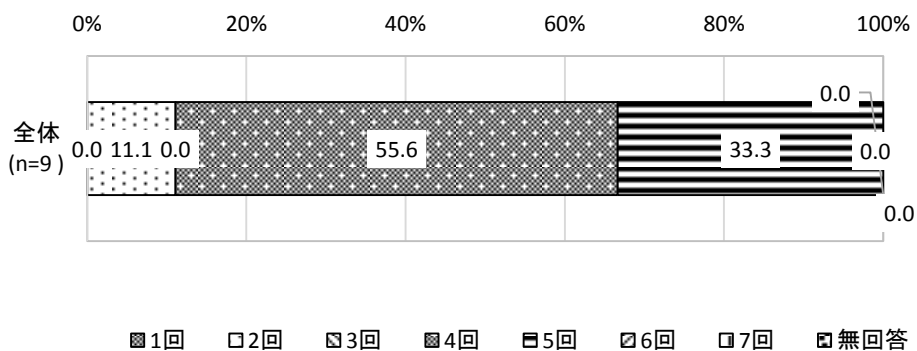
図表 82 緩和ケア外来の有無



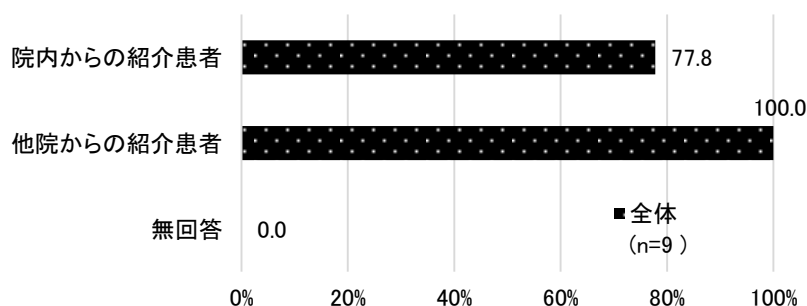
図表 83 緩和ケア外来の実施状況



図表 84 「予約限定で実施」する場合は回数/週



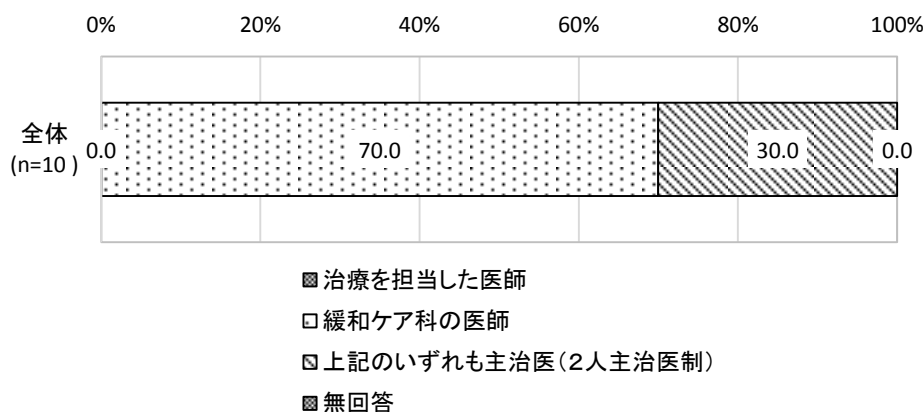
図表 85 緩和ケア外来の対象患者(複数回答)



■ 主治医を担当する医師 (問8)

主治医を担当する医師は、「緩和ケア科の医師」が70.0%で最も高く、次いで「上記のいずれも(治療を担当した医師及び緩和ケア科の医師) 主治医(2人主治医制)」が30.0%であった。

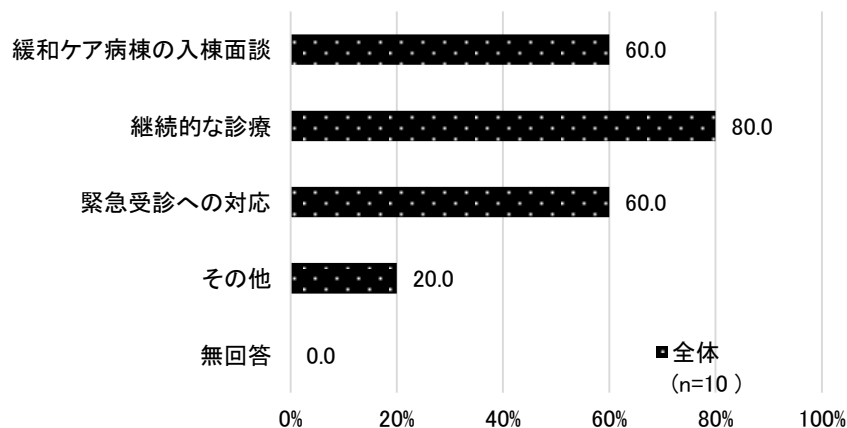
図表 86 主治医を担当する医師



■ 緩和ケア提供後、治療を担当した主治医の役割 (問9)

緩和ケア提供後、治療を担当した主治医の役割は、「継続的な診療」が80.0%で最も高く、次いで「緩和ケア病棟の入棟面談」と「緊急受診への対応」がそれぞれ60.0%であった。

図表 87 緩和ケア提供後、治療を担当した主治医の役割(複数回答)

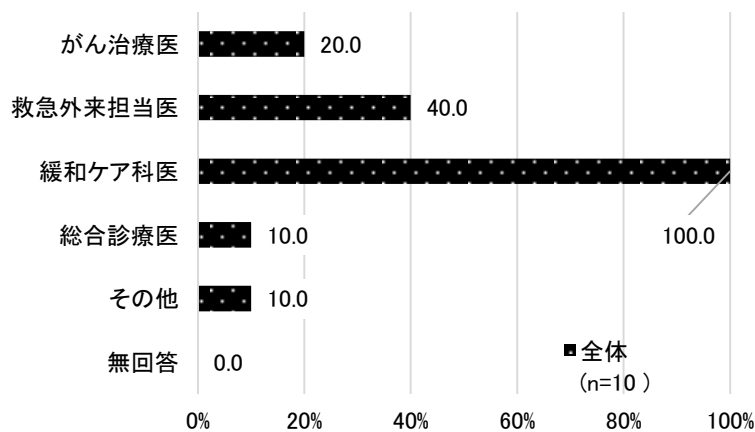


※その他：「症状コントロール」「緩和ケアに関する継続的な診療」との回答があった。

■ 緩和ケア中心の患者が緊急に受診・入院する場合の対応者（問 10）

緩和ケア中心の患者が緊急に受診・入院する場合の対応者は、「緩和ケア科医」が100%で最も高く、次いで「救急外来担当医」が40.0%であった。

図表 88 緩和ケア中心の患者が緊急に受診・入院する場合の対応者（複数回答）

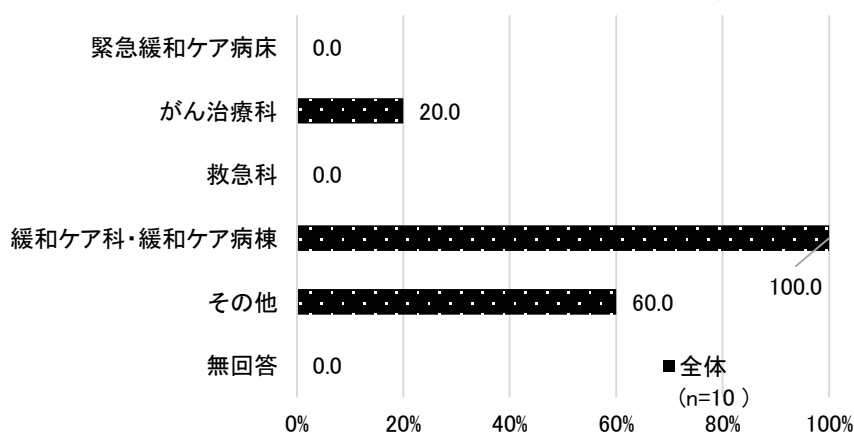


※その他：「病棟師長を中心に対応」との回答があった。

■ 緩和ケア中心の患者が緊急に受診・入院する場合の入院先（問 11）

緩和ケア中心の患者が緊急に受診・入院する場合の入院先は、「緩和ケア科・緩和ケア病棟」が100%であった。

図表 89 緩和ケア中心の患者が緊急に受診・入院する場合の入院先（複数回答）



※その他：「一般病棟」「内科・外科病棟」「夜間・休日は救急対応を行っている病棟」「救急外来担当医が入院決定した時、担当医の所属科に入院」「空床状況により緩和ケア病棟に空きがなければ一般病棟に受け入れ検討」との回答があった。

■ 緩和ケアチームの構成員（問 12）

緩和ケアチームの構成員は、常勤の「医師（身体症状緩和）」が平均 1.8 人、常勤の「看護師」が平均 4.6 人であった。なお、専従・専任の別は区別ができない点に留意が必要である。

図表 90 緩和ケアチームの構成員(常勤)

	回答数	最小値	最大値	平均
① 医師（身体症状緩和）	5	0 人	4 人	1.8 人
② 医師（精神症状緩和）	4	0 人	2 人	0.8 人
③ 看護師	5	0 人	16 人	4.6 人
④ ③のうち緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	5	0 人	2 人	0.6 人
⑤ 医療ソーシャルワーカー	5	0 人	2 人	0.8 人
⑥ 臨床心理士	3	0 人	1 人	0.3 人
⑦ 薬剤師	4	0 人	1 人	0.5 人
⑧ 栄養士	4	0 人	1 人	0.5 人
⑨ 理学療法士	4	0 人	1 人	0.3 人
⑩ 作業療法士	4	0 人	1 人	0.3 人
⑪ 言語聴覚士	3	0 人	0 人	0.0 人

※本調査では、「身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアの経験を有する看護師、薬剤師 等多職種のスタッフがチームとして、病棟をこえて緩和ケアの提供又はコンサルテーションを行っているチーム」とし、診療報酬上の「緩和ケア診療加算」の施設基準を満たすチームか否かは問わない、という定義をした。

※当該医療機関で定めている 1 週間の就業時間すべて勤務しているもので、正規・非正規は問わない。ただし、当該医療機関で定めている就業時間が 32 時間に満たない場合は「非常勤」として計上した。

図表 91 緩和ケアチームの構成員(非常勤)

	回答数	最小値	最大値	平均
① 医師（身体症状緩和）	4	0人	1人	0.3人
② 医師（精神症状緩和）	5	0人	1人	0.4人
③ 看護師	4	0人	1人	0.3人
④ ③のうち緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	3	0人	0人	0.0人
⑤ 医療ソーシャルワーカー	4	0人	1人	0.3人
⑥ 臨床心理士	3	0人	0人	0.0人
⑦ 薬剤師	4	0人	1人	0.3人
⑧ 栄養士	3	0人	0人	0.0人
⑨ 理学療法士	3	0人	0人	0.0人
⑩ 作業療法士	3	0人	0人	0.0人
⑪ 言語聴覚士	3	0人	0人	0.0人

※本調査では、「身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアの経験を有する看護師、薬剤師 等多職種のスタッフがチームとして、病棟をこえて緩和ケアの提供又はコンサルテーションを行っているチーム」とし、診療報酬上の「緩和ケア診療加算」の施設基準を満たすチームか否かは問わない、という定義をした。

※当該医療機関で定めている1週間の就業時間すべて勤務しているもので、正規・非正規は問わない。ただし、当該医療機関で定めている就業時間が32時間に満たない場合は「非常勤」として計上した。

3) 緩和ケア病棟

本項目は、診療報酬の緩和ケア病棟入院基本料を算定している施設のみ回答を依頼した。

■ 緩和ケアチームが関わる入院患者数、病床数（問 13、14）

緩和ケアチームが関わる入院患者数（直近1年間の延べ患者数）は平均 61.3 人であった。また、調査時点における緩和ケア病棟の病床数は 18.1 床であった。

図表 92 緩和ケアチームが関わる入院患者数、病床数

	回答数	最小値	最大値	平均
緩和ケアチームが関わる入院患者数（直近1年間の延べ患者数）	4	0人	172人	61.3人
調査時点における緩和ケア病棟の病床数	10	11床	25床	18.1床

■ 緩和ケア病棟の職員構成（問 15）

緩和ケア病棟の職員構成は、常勤の「医師（身体症状緩和）」が平均 2.1 人、常勤の「看護師」が平均 15.6 人であった。なお、専従・専任の別は区別ができない点に留意が必要である。

図表 93 緩和ケア病棟の職員構成(常勤)

	回答数	最小値	最大値	平均
① 医師（身体症状緩和）	10	1人	4人	2.1人
② 医師（精神症状緩和）	6	0人	0人	0.0人
③ 看護師	10	10人	19人	15.6人
④ ③のうち緩和ケア領域の専門・認定資格を持つ看護師	10	0人	3人	1.5人
⑤ 医療ソーシャルワーカー	8	0人	3人	1.1人
⑥ 臨床心理士	6	0人	1人	0.2人
⑦ 薬剤師	8	0人	1人	0.6人
⑧ 栄養士	8	0人	2人	0.8人
⑨ 理学療法士	8	0人	2人	0.6人
⑩ 作業療法士	9	0人	3人	0.7人
⑪ 言語聴覚士	7	0人	1人	0.3人