

■ 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因（問 15）

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

図表 202 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因(複数回答)



※その他：次のような回答があった。

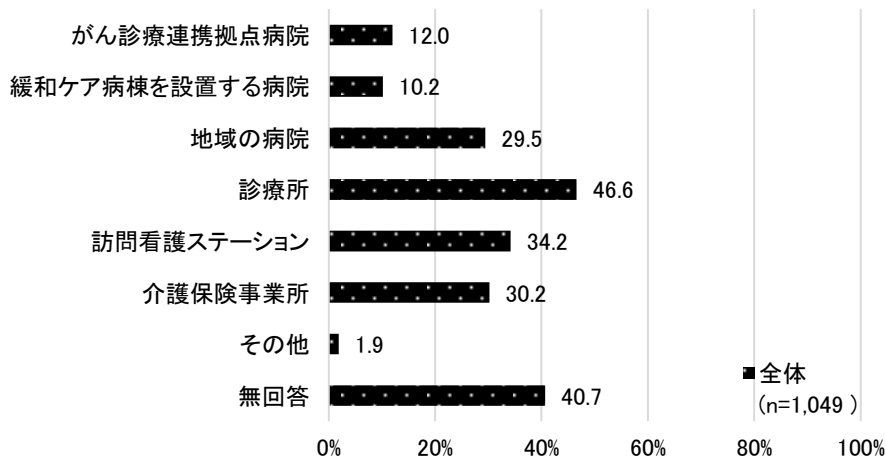
- ・退院時の情報が乏しい、退院時カンファレンスに呼ばれない
- ・薬局に注射剤を調製する設備がない
- ・患者の状態が毎日変化するので対応困難
- ・家族が患者を支えることが出来ない
- ・ケアマネの質
- ・かかりつけ医のスタンスと緩和ケアとの乖離 等

■ 日頃から連携している病院等（問 16）

日頃から連携している病院等は、「診療所」が46.6%で最も高く、次いで「訪問看護ステーション」が34.2%であった。

連携している場合の施設数は、下表のとおりであった。

図表 203 日頃から連携している病院等(複数回答)



※その他：「健康サポートセンター」「訪問介護」「特養施設」「地域包括支援センター」等の回答があった。

図表 204 日頃から連携している病院等の施設数

種類	所在区市町村				それ以外			
	回答数	最小値	最大値	平均	回答数	最小値	最大値	平均
がん診療連携拠点病院	115	0	7	1.2	40	0	3	1.0
緩和ケア病棟を設置する病院	97	0	4	1.1	37	0	10	1.3
地域の病院	296	0	40	2.0	75	0	20	1.5
診療所	464	0	60	2.8	121	0	30	1.9
訪問看護ステーション	349	0	20	2.2	74	0	11	1.2
介護保険事業所	307	0	117	3.5	66	0	13	1.4
その他	15	0	10	1.9	1	0	0	0

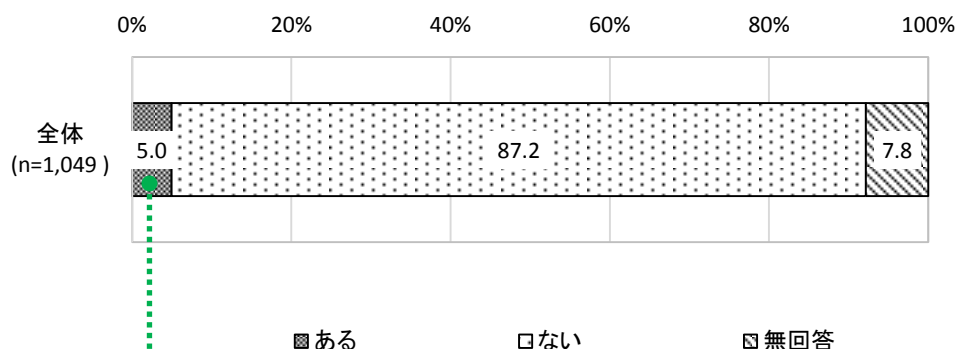
■ 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況（問17、18、19）

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5.0%、「ない」が87.2%であった。

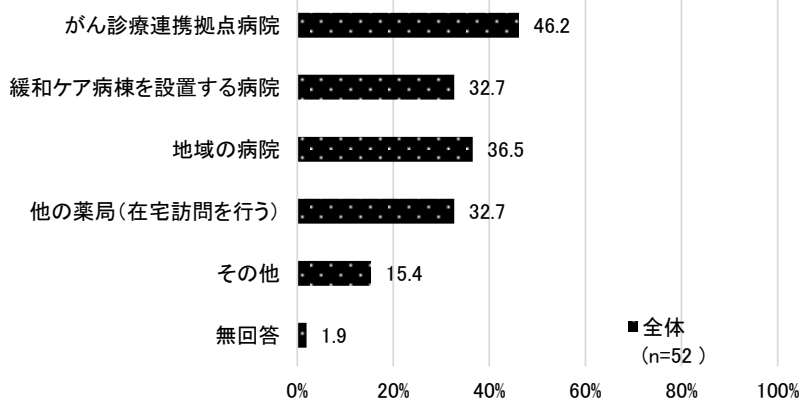
研修が「ある」場合の、一緒に研修を行っている医療機関等は、「がん診療連携拠点病院」が46.2%で最も高く、次いで「地域の病院」が36.5%であった。

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85.0%であった。

図表 205 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

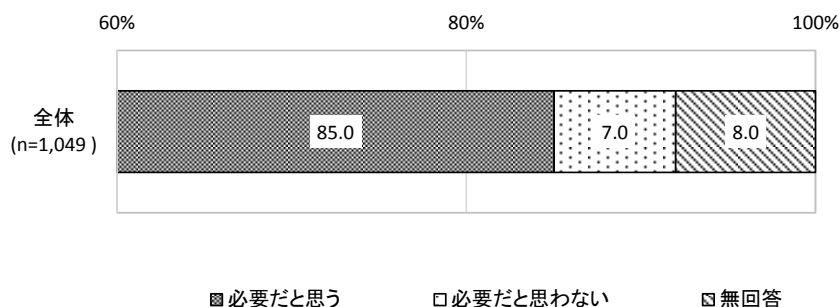


図表 206 参加職種(複数回答)



※その他：「地域の診療所」「訪問看護ステーション」「介護支援事業所」等の回答があった。

図表 207 相互交流による研修の必要性

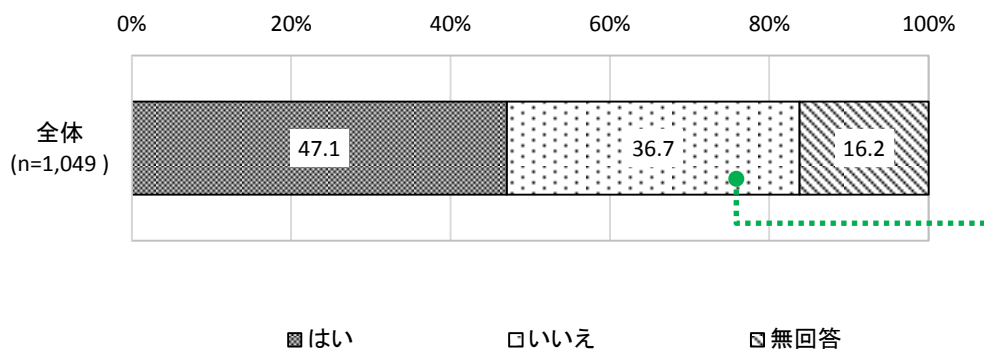


■ 患者の薬剤トラブルに対する24時間対応（問20、21）

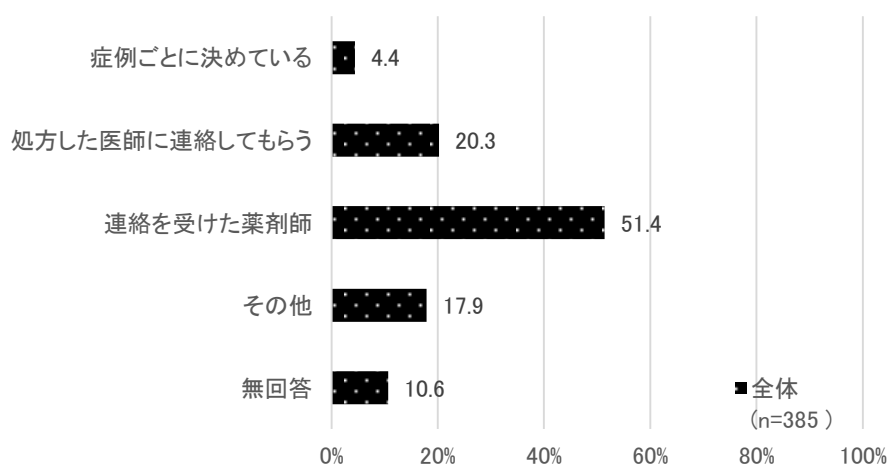
緩和ケアを提供している患者の薬剤に関するトラブルに対して、24時間対応しているかどうかについては、「はい」（対応している）が47.1%であった。

「いいえ」（対応していない）場合の、時間外の対応が必要な場合の対応者は、「連絡を受けた薬剤師」が51.4%で最も高く、次いで「処方した医師に連絡してもらう」が20.3%であった。

図表 208 患者の薬剤トラブルに対する24時間対応



図表 209 24時間対応していない場合に時間外対応を行う人（複数回答）

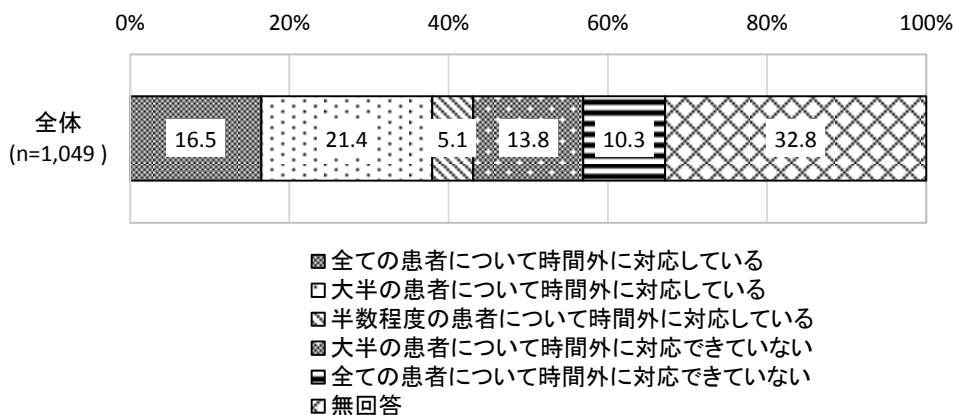


※その他：「管理薬剤師」「該当者なし」等の回答があった。

■ 時間外対応が必要な場合の対応状況（問 22）

緩和ケアを提供している患者に対して時間外の対応が必要な場合に、どれくらい対応できているかについては、「大半の患者について時間外に対応している」が21.4%で最も高く、次いで「全ての患者について時間外に対応している」が16.5%であった。

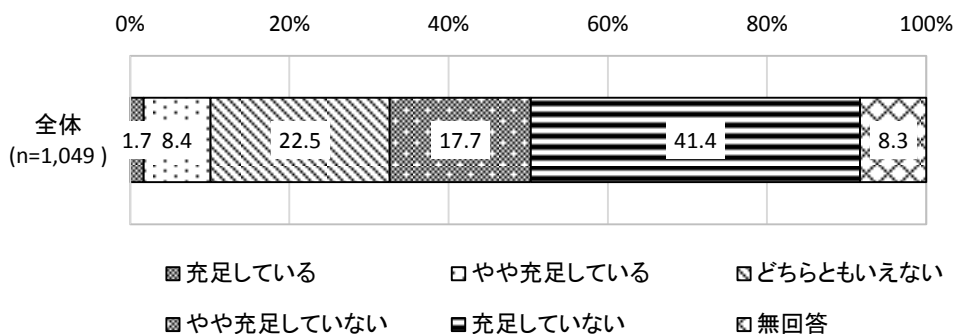
図表 210 時間外対応が必要な場合の対応状況



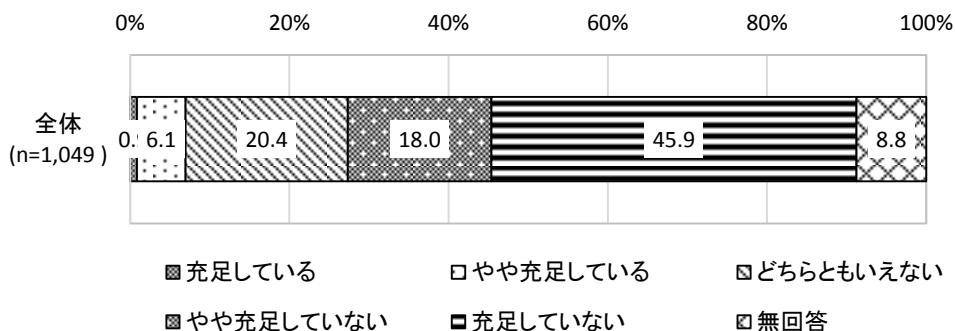
■ 緩和ケアに関する薬剤師の知識・技術（を得る機会）の充足状況（問 23）

緩和ケアに関する薬剤師の「知識・技術を得る機会」の充足状況は、「充足していない」が41.4%で最も高く、「知識・技術」も「充足していない」が45.9%で最も高かった。

図表 211 緩和ケアに関する薬剤師の知識・技術を得る機会の充足状況



図表 212 緩和ケアに関する薬剤師の知識・技術の充足状況



5) 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。

<在庫管理>

○在庫管理や流通の問題

- ・ 麻薬製剤の入手と在庫残薬の廃棄により採算が取れない現状がある。
- ・ 調剤薬局ではオピオイド製剤の入荷が翌日又は翌週になってしまい、処方変更や新規処方の際にすぐに薬剤を提供できない。問屋にも対応してもらいたい。
- ・ 麻薬の剤形、規格などは使用される患者さんの状況に応じて処方されると思われるが、PTP包装の種類が多く、結果として残ってしまうことで悩んでいる。
- ・ 急に応需となることが多い為、スムーズな対応ができない。
- ・ 以前、在宅で緩和ケアを見てきたが、麻薬の在庫管理がとても難しいと感じた。在庫しても結局亡くなってしまい、その麻薬が期限切れとなるケースも多い。経済面からも何か対策が必要と考えます。
- ・ オピオイド製剤が早くて翌日納品の為、改善して欲しい。ドクターから「今、何がある？」と、本来使いたい薬が無く、仕方なく使われる患者さんの事を思うと、もっと流通を良くして、小包装も全製品義務付けて欲しい。薬局の負担（期限切れにて廃棄の為の手続きや、デッドストック覚悟で納品させるつらさ）をわかってもらいたい。
- ・ 使用麻薬が次々に変わるので在庫が増え、期限切れまで抱えています。近隣の薬局と融通し合えると良いと思います。
- ・ 薬局間での麻薬の譲渡許可の申請等がもっと容易にできるとよいと思う。

○小包装等

- ・ 麻薬の処方が短期間で変わるので、在庫の保管が大変。薬の包装数を減らして欲しい。一回の処方も箱単位で出してもらいたい。
- ・ 麻薬の返品、麻薬の土日供給実施が可能になると有難いと思います。また小包装の充実を期待致します。

○医療材料

- ・ 特定保険医療材料の取扱いに医療点数に含んだ方がよいものもあり、ポンプ等の取扱いが難しい為、どのように進めていくかの話し合いが統一されていないことが難しい。保険でそれぞれで請求できるようにできないのか？医科に有利に思う。薬局は在庫過多になる。
- ・ 薬剤というよりは、薬剤を使用するための医療材料について算定がついておらず、医療機関もしくは薬局に持ち出しになっています。例えば CADD-Legacy カセットなど（麻薬の持続皮下注）。 等

＜薬局における体制整備＞

○人員不足

- ・ 夜間の対応をしなくてはならない患者が多くなると、複数のスタッフで対応する必要がある。
- ・ 外来患者の人数に合わせて薬剤師の人数を確保している中で、緊急時頻回に外出出来ない現況。等

○地域の薬局間の連携・役割分担

- ・ 地域ごとに受入先が必要。地域密着であれば大きな負担なく訪問が可能。大手や大規模な医療機関は効率重視でネットワークが悪い。小規模薬局の育成がポイントになると考えている。
- ・ がん患者さんは外来にみえているが、常勤一人対応で電話を受ける以外できていない。がんには専門の薬局を作って対応できると良いと思う。
- ・ 麻薬の在庫などで対応できる薬局が少なく、遠方まで訪問に行かなければならず対応が遅れてしまう事がある為、各地域に拠点となる薬局が必要だと感じています。
- ・ 訪問看護ステーション等、医師や看護師は在宅・居宅に対し緊急時に対応する体制が整い易い一方で、薬局は従来の人数から増員できないまま開局時間延長や時間外電話対応が一人で任される現状（24 時間 365 日オンタイムとなる）である。薬剤師が増員できる程の居宅・在宅人数を増やせるまで苦しい。「薬局ステーション」が開設できるようになることを切に願っている。
- ・ 知識等の研鑽は必要と考えるが実践する場面が少なく、結局は特化した薬局による対応が多いことが現状と考えられる。
- ・ 地域での対応には他職種の相互理解を深める必要があり、夜間対応には近隣薬局の当番制など地域で行う必要があると思う。 等

○無菌調剤

- ・ 東京都はクリーンベンチでの無菌調剤を認めてもらえないこと。他県では無菌室でなくとも、クリーンベンチのみで OK となっている。
- ・ 都内の薬局はテナントが多い。別室に無菌室を作ろうとすると改めて開設許可が必要となる。それがネックで無菌設備を作れない。
- ・ 全ての薬局が同様に全ての患者を受け入れられる体制を整えるのか、無菌室を備えている薬局に特化するのか検討が必要。オピオイド製剤についても全ての薬局が全ての製剤を備える（不可能）のか、在宅移行を考える患者さんの使用する製剤をある程度限定するのか。
- ・ やはり小規模な薬局にとっては、麻薬の種類や在庫を常時揃えておくことは大変なことです。ちなみに当薬局では、毎年のように廃棄麻薬の金額が 10 万円を超えます。保健所の立ち会いも面倒です。無菌設備も物理的に無理です。近くの病院の設備を借りられると良いかなと思います。よろしく願います。 等

<病院等との連携・情報共有>

○病院等との連携体制

- ・ 地域の薬薬連携を始めたばかりで緩和ケアまで進められない。
- ・ 個人薬局、面分業でやっている為、訪問医との連携のとり方がわからない。一方的に投薬を指示されるだけで、薬局の判断に任されている。
- ・ 病院側が退院時カンファレンスを行って地域薬局と連携するつもりがないのか、在宅医としかやり取りはありません。
- ・ 緩和ケアの連携の前に、病院と薬局が連携出来ていない。薬局による在宅をすすめたい患者がいても、病院側（Dr）が理解しておらず、利便性が向上されない。在宅がなされる患者がいても、ケアマネ、訪看までで指示がとまっている。
- ・ 病院との連携ができる体制になっていない。地区薬剤師会などが中間に入ってくると助かります。うちの個人薬局だけで対応するのはハードルが高いと思います。
- ・ 総合病院の門前の薬局ではなく、在宅訪問診療所との連携もない状態のため、さまざまな研修会での情報を得ることはあっても、実際の実務にはつながらず、ハードルが高く感じられる。
- ・ 薬局と他の医療機関（病院（送り先）・クリニック（受入先）・訪看など）との連携をもっと構築する必要がある。
- ・ 緩和ケアを必要とする患者は少ないのですが、薬局が対応できるような体制や地域連携は必要であるし、行政主体で誘導してもらえると良いと思う。 等

○医師との事前の情報共有

- ・ 当薬局の緩和ケア提供患者は通院患者メインです。この場合、在宅患者と違い情報提供がないため、患者・家族が直接収集することになり、それを嫌がられると病状の把握が困難になります。
- ・ 病院側との連携がない為、事前情報もない中で、状態があまり良くない患者さんへのアプローチが非常に難しい。
- ・ 対応する初期の時、情報が少なすぎる為に苦慮する事が多い。例えば、病名や検査値などが記載されていると助かります。
- ・ 大きな病院は他医療スタッフと退院時のカンファレンスをしているが、保険薬局はかかりつけでも患者本人・病院から連絡を受けることがほぼなく、情報として入ってこないため、患者本人に声掛けしていくくらいしか対応できない。事前の情報がほしい。
- ・ 調剤薬局の場合、事前の情報は全く無いままに、処方箋に医療用麻薬が処方されていることからのみしか、情報を得る事ができないのが現状である。家族からの聞き取りでは不十分なことも多く、処方医等との連携が必須。
- ・ 特定の往診医との連携においては、入院～退院の経過から全て情報の共有体制がとれているが、うまくとれない病院もあり、バラツキがある。また、ターミナルの方ではなく、積極治療中の方において行うべき緩和ケアにおいては、がん腫や stage、使用レジメンなど、必要となる情報の入手が困難なことも多い。
- ・ 麻薬は返品できない為、不良在庫となる（患者が死亡する為）。退院後、急に訪問を頼まれる為、薬の在庫情報が無い事が多い。退院後在宅になる場合、病院から電話があり、情報をもら

えることは非常に稀である。

- Drの方から前もってそろそろ準備して欲しいと指示があると対応できる。麻薬は翌日でないと入手できない事をあらかじめ知らせている。
- 現在緩和ケアの患者様がいらっしゃいません。訪問医のおかかえの薬局であればカンファレンスの実施も可能かと思いますが、面で受けている薬局ですと情報量が少ないため対応に苦慮することが多いです。細かい指示や病状についてもう少し事前に情報をいただけたときめ細やかな対応ができると考えます。あるいは共同の勉強会など。我が区では訪看さんが対応されていることが多いように感じます。 等

○薬局に関する情報

- 緩和ケアへの対応状況（薬局側の）についての詳細な情報が病院に提供できていない為、病院が薬局の選択に困っている。 等

<患者・家族への対応>

- 患者本人と家族の理解が異なると対応が難しい。
- 家族とのコミュニケーションをとる機会が少ない（不在もしくは語りたがらない）。
- 家族が薬を取りに来たりすることが多いと疼痛の評価や副作用のコントロールを実施しにくい。訪問介入まで望まれない方もいるため情報収集がしにくい。地域で一定数患者がいると思われるが、当薬局に来局、相談が来ない。
- 患者の病名、状態など何の情報もないまま処方箋を持参することがあり、本人や家族から十分な情報が得られない。知識不足で不安がある。
- 薬局で患者さんの痛みの程度を把握するのは難しい。 等

<緩和ケアに関する知識・技術>

- 業務が忙しく、あまり症例もない為、緩和ケアに対する知識、技術、実際の業務を学べていない。住宅地に店舗がないこともあり今は症例がないが、実際に処方に来て医療連携は取れなさそうと不安に思う。
- スタッフ不足の為、十分に対応できていません。カンファレンスなど皆無です。知識、技術もかなり不足しています。
- 緩和ケアについて知識及び経験がありませんので、まず基礎から教育学習、実習が必要であるということと、薬剤師の人手不足と薬の迅速な入手が困難、使用機材の扱いに不安があります。
- 病院勤務を経験していないと知識、技術をなかなか修得できない。勉強会、研修会があっても初歩的な知識がないとついていけない。
- 実際にそのような事例が飛び込んで来たら、どこと連携すれば良いか等はその時になってみないと分からない。薬剤師会などが各薬局に知識を発信してほしい。
- オピオイド鎮痛薬の使い方や、同等の強さをレスキューでの使い方についてあまり知識がない。
- 近所の病院薬局で合同の勉強会が増えると良いと思う。
- 長続きする人材が必要。大学で色々な場面で研修をして欲しい。
- 在宅業務をやればやるほど時間の制約があり、勉強会などに参加することが難しくなる。特に緩和医療はできる薬剤師が少ない為、この傾向が顕著。

- まだスキルが充分でない。処方される薬を準備するだけで時間がかかったりするので、どのように関わったらよいのか教えて欲しい。
- 実績が少なく知識、技術共に不足しています。今後、経験を積みながら身につけていこうと思います。実例を取り入れたテキスト等があると良いかもしれません。
- 今後緩和ケアを必要とされる患者さんは増加すると思う。地域の薬剤師会が、組織的に知識・技術の向上に取り組むべきだと思う。 等

<その他>

- 市民への啓発や相談の機会の創出。日常の中に”がん”というものの考え方が広まる。→このために常に医療介護者だけが集うのではなく、市民をまきこんでいくことが大切。ケアマネの中でターミナルに対応できる人が、わかるしくみや認定。
- 専門薬剤師の資格を日本薬剤師会などで取りやすくしてほしい。 等

以上

9. 訪問看護ステーション調査

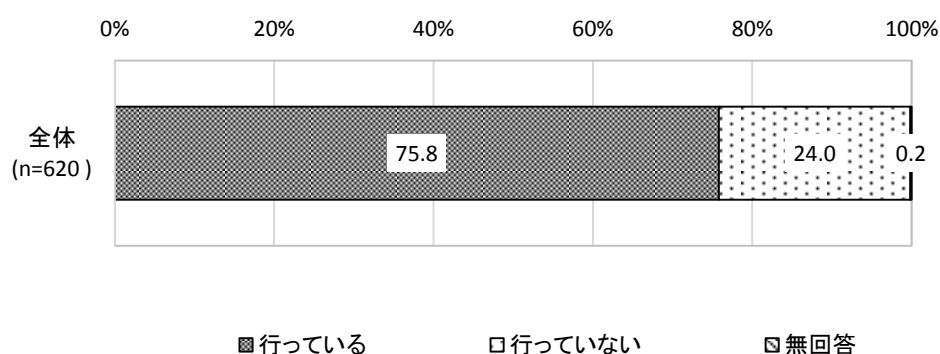
1) 基本属性

■ がん患者の緩和ケアの実施状況（問1、2）

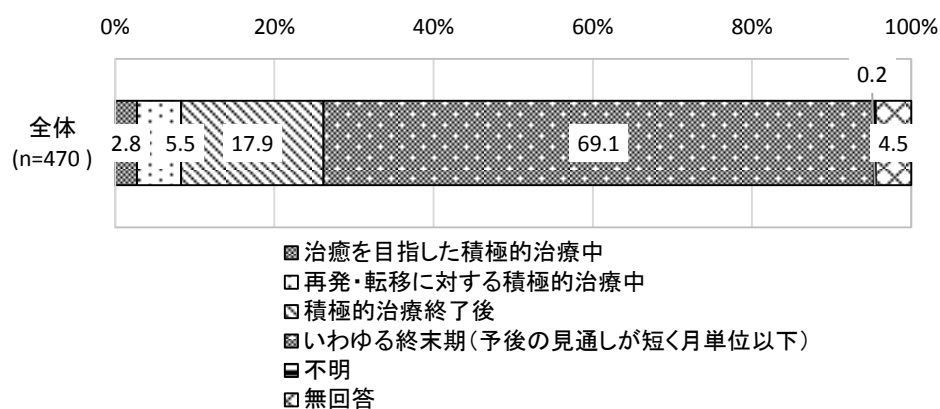
がん患者の緩和ケアの実施状況は、「行っている」が75.8%であった。

緩和ケアを「行っている」場合の、多い患者の状況として1番目は「いわゆる終末期」が69.1%で最も高かった。また、2番目は「積極的治療終了後」が56.6%、3番目は「再発・転移に対する積極的治療中」が47.9%、4番目は「治癒を目指した積極的治療中」が38.3%で最も高かった。

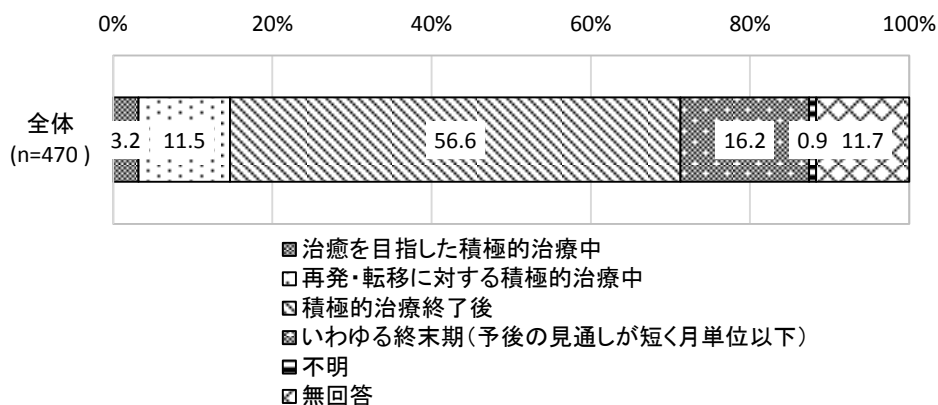
図表 213 がん患者の緩和ケアの実施状況



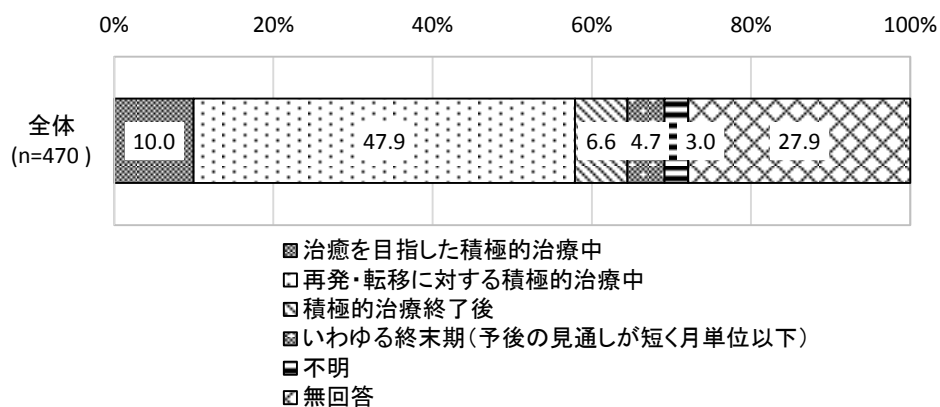
図表 214 最も多い患者の状況
【1番目】



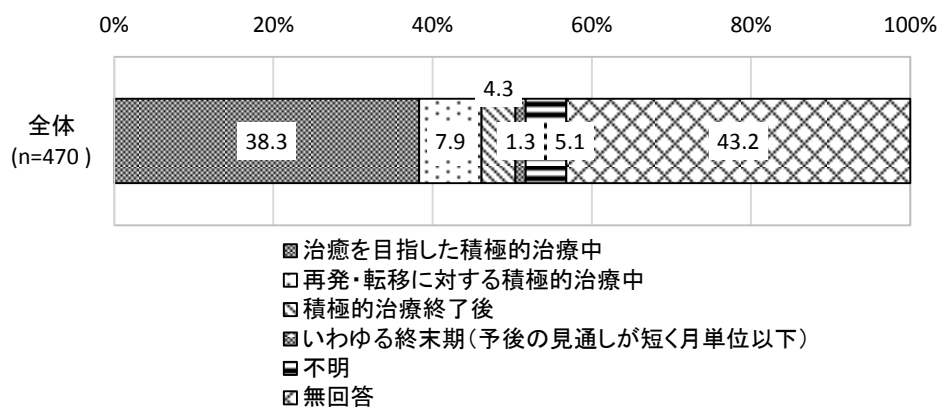
【2番目】



【3番目】



【4番目】



2) 緩和ケアの提供体制

■ 看護師数（問3）

看護師数は全体で平均 7.1 人であった。

図表 215 看護師数

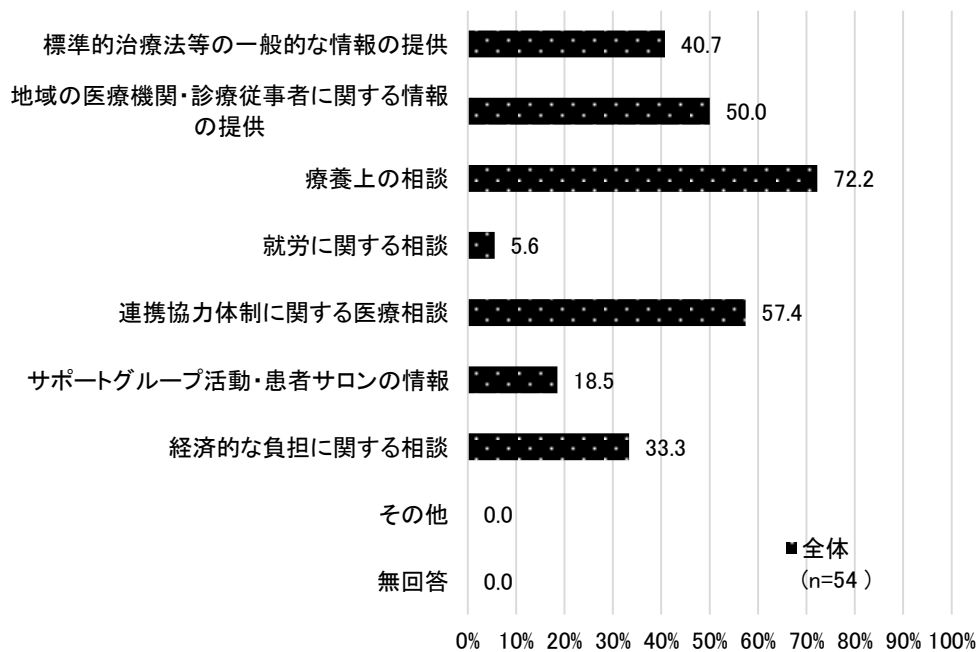
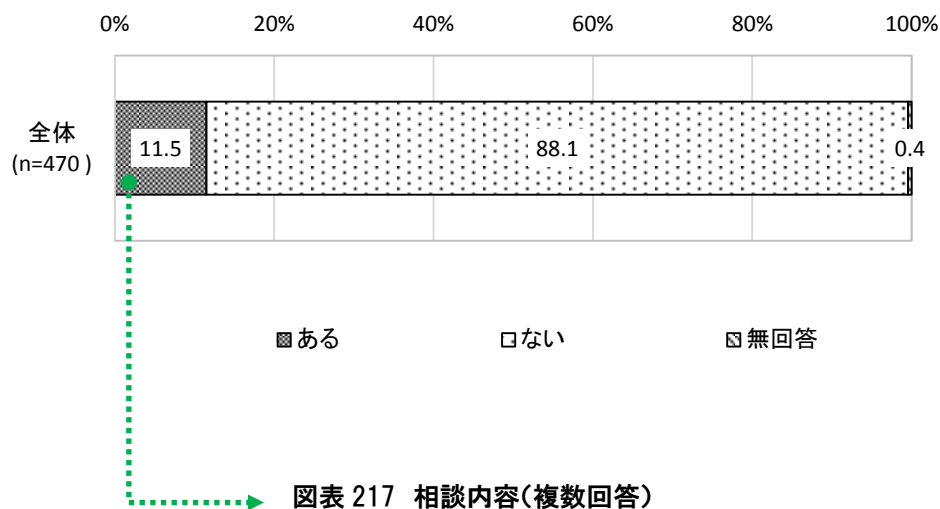
	回答数	最小値	最大値	平均
① 看護師数	462	0	30	7.1
② ①のうち、がん看護専門看護師	412	0	9	0.0
③ ①のうち、緩和ケア認定看護師	413	0	9	0.1
④ ①のうち、がん性疼痛看護認定看護師	412	0	9	0.0
⑤ ①のうち、がん化学療法看護認定看護師	411	0	9	0.0
⑥ ①のうち、皮膚・排泄ケア認定看護師（WOC）	411	0	9	0.0
⑦ ①のうち、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム受講者	425	0	14	0.5

■ がん相談支援センターの紹介の有無（問4、5）

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターを紹介したことがあるかどうかに関しては、「ある」が11.5%であった。

がん相談支援センターを紹介したことが「ある」場合の、相談内容としては、「療養上の相談」が72.2%で最も高く、次いで「連携協力体制に関する医療相談」が57.4%、「地域の医療機関・診療従事者に関する情報の提供」が50.0%であった。

図表 216 がん相談支援センターの紹介の有無



3) がん患者の緩和ケアの運営状況

■ 全利用者のうちがん患者の割合（問6）

平成30年4月における全利用者のうち、がん患者の割合は平均1.3割であった。

なお、回答の多くは4月のデータであるが、訪問看護ステーションによっては10月や11月などの異なる年月の回答をしている場合もある点に留意が必要である。

■ 夜間・時間外に緊急連絡・対応した延べ件数（問7）

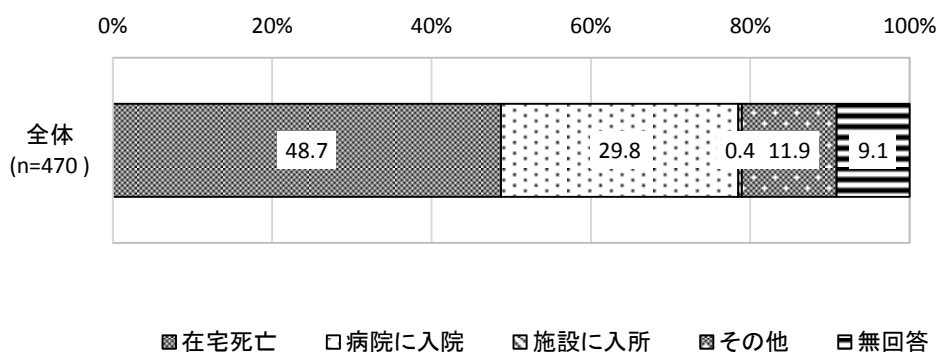
平成30年4月におけるがん患者に対して夜間・時間外に緊急連絡・対応した延べ件数は平均3.5件であった。

なお、回答の多くは4月のデータであるが、訪問看護ステーションによっては10月や11月などの異なる年月の回答をしている場合もある点に留意が必要である。

■ 緩和ケア患者の利用者のうちサービス利用終了の理由で最も多いもの（問8）

平成30年4月における緩和ケア患者の利用者のうち、サービス利用終了の理由として最も多いものは、「在宅死亡」が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 緩和ケア患者の利用者のうちサービス利用終了の理由で最も多いもの



※その他：「該当者なし」等の回答があった。

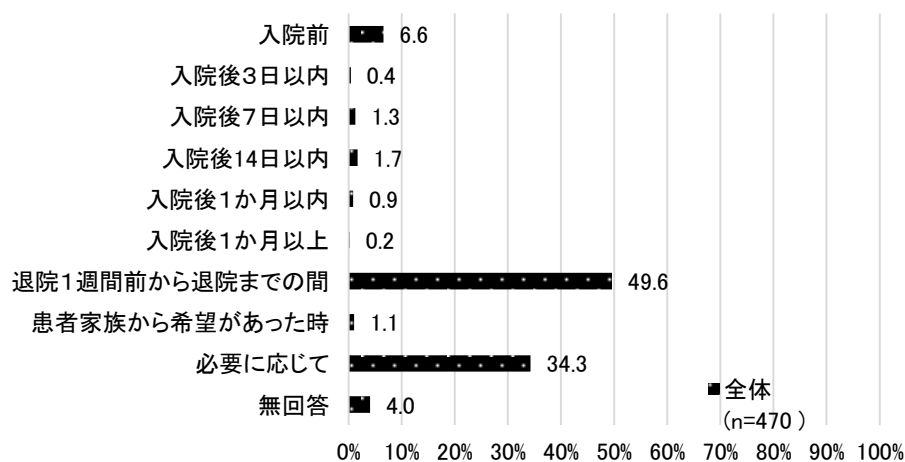
4) 地域連携・在宅緩和ケア

■ 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの開始時期（問9、10）

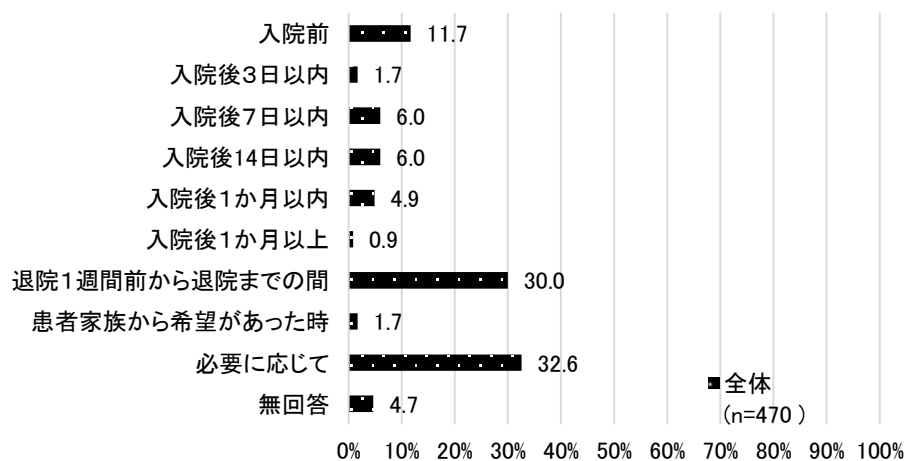
転退院を進める上で、受入先医療機関やかかりつけ医、介護事業者と情報共有のためのカンファレンスを開始する時期は、「退院1週間前から退院までの間」が49.6%で最も高く、次いで「必要に応じて」が34.3%であった。

望ましい開始時期としては、「必要に応じて」が32.6%で最も高く、次いで「退院1週間前から退院までの間」が30.0%であった。

図表 219 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



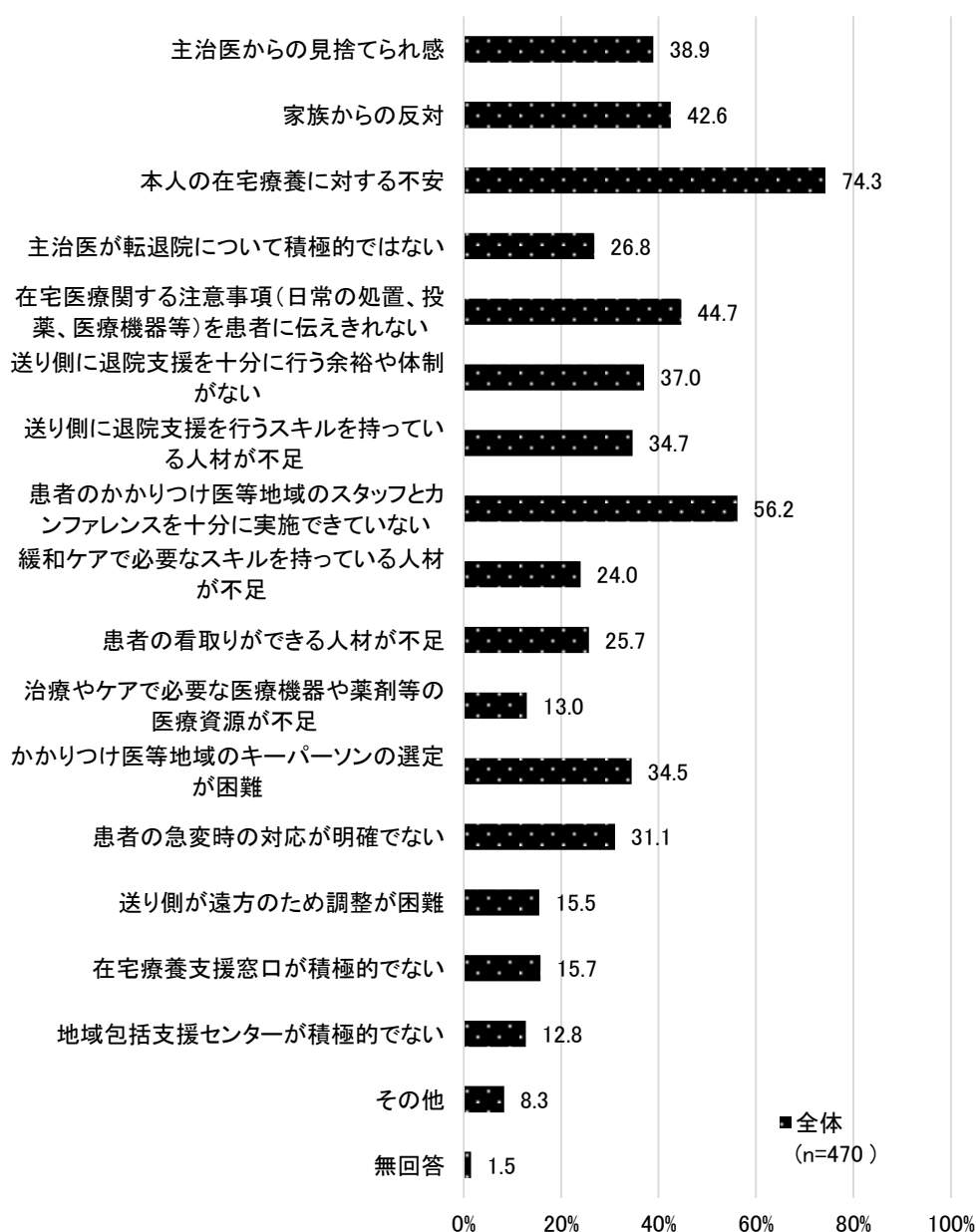
図表 220 転退院に係る受入先医療機関等と情報共有のためのカンファレンスの望ましい開始時期



■ 入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因（問 11）

がん診療連携拠点病院等での治療後、入院患者の円滑な在宅医療への移行を阻む要因は、「本人の在宅療養に対する不安」が 74.3%で最も高く、次いで「患者のかかりつけ医等地域のスタッフとカンファレンスを十分に実施できていない」が 56.2%、「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」が 44.7%であった。

図表 221 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)

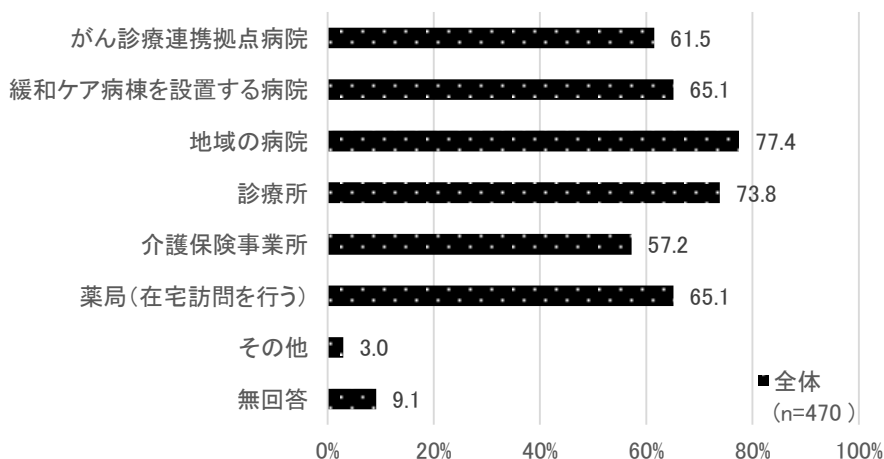


※その他：「ケアマネジャーとの連携不足」「病院医師から患者に対する在宅医に関する説明の不足」「病院での病状説明が不十分」「準備し始めるのが遅い」「家族の支援体制が不足している」「経済的な問題」等の回答があった。

■ 日頃から連携している病院等（問 12）

日頃から連携している病院等は、「地域の病院」が77.4%で最も高く、次いで「診療所」が73.8%であった。

図表 222 日頃から連携している病院等（複数回答）



※その他：「併設の病院」「保健所」「歯科診療所」等の回答があった。

図表 223 日頃から連携している病院等の施設数

種類	所在区市町村				それ以外			
	回答数	最小値	最大値	平均	回答数	最小値	最大値	平均
がん診療連携拠点病院	236	0	13	1.7	192	0	16	3.1
緩和ケア病棟を設置する病院	236	0	8	1.4	204	0	10	2.4
地域の病院	323	0	29	4.3	191	0	39	5.7
診療所	317	0	210	9.7	177	0	69	6.2
介護保険事業所	242	0	114	19.9	122	0	100	9.0
薬局（在宅訪問を行う）	280	0	28	3.3	121	0	10	2.0
その他	10	1	5	2.2	3	0	1	0.7

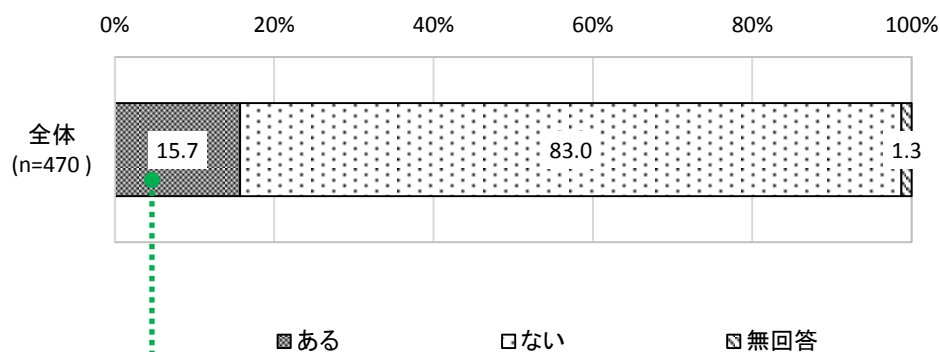
■ 他病院等との一定期間（およそ1週間以上）相互交流による研修の実施状況（問13、14、15）

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15.7%、「ない」が83.0%であった。

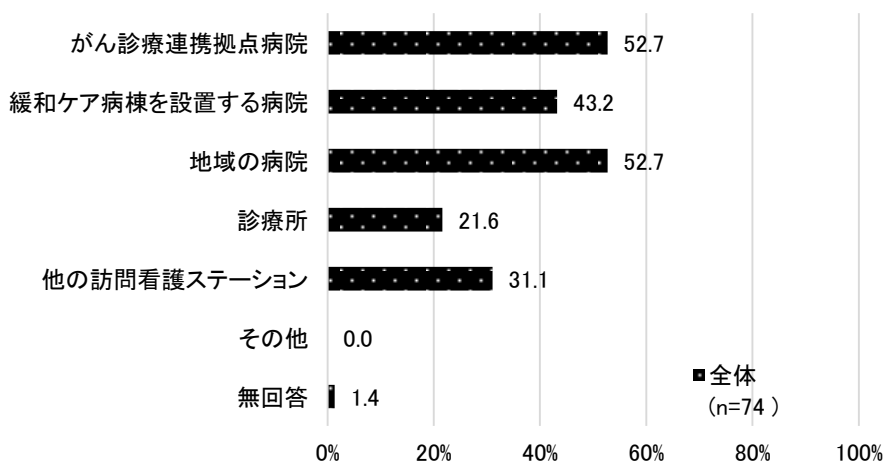
研修が「ある」場合に一緒に実施している医療機関等は、「がん診療連携拠点病院」と「地域の病院」がそれぞれ52.7%で最も高かった。

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93.0%であった。

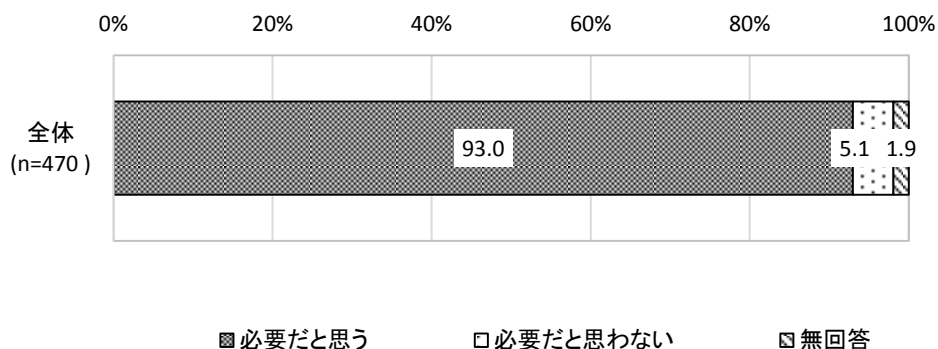
図表 224 他病院等との一定期間(およそ1週間以上)相互交流による研修の実施状況



図表 225 参加職種(複数回答)



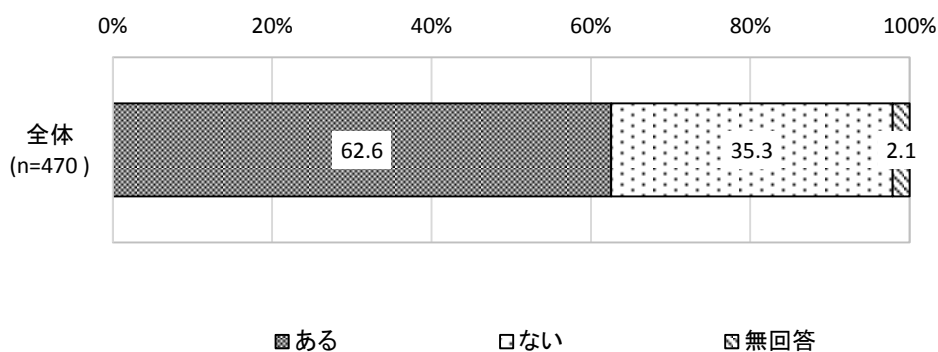
図表 226 相互交流による研修の必要性



■ 急変時の対応を事前に話し合っていないために困った経験の有無（問 16）

急変時の対応を事前に話し合っていないため困ったことの経験の有無は、「ある」が 62.6%であった。

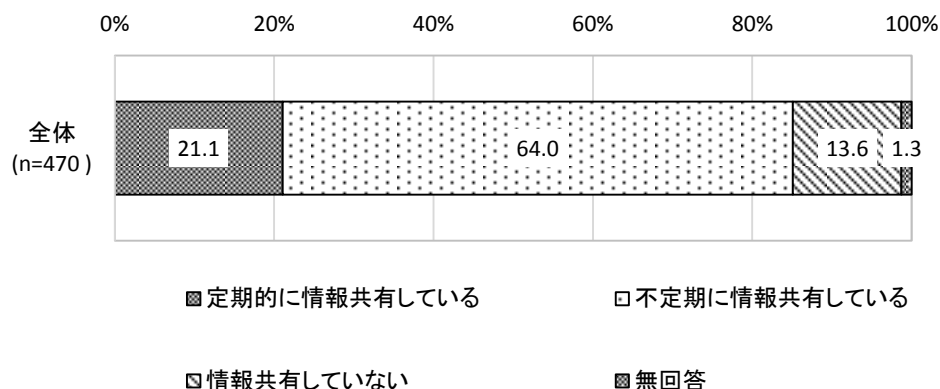
図表 227 急変時の対応を事前に話し合っていないために困った経験の有無



■ 搬送する・される病院との日頃からの情報共有の状況（問 17）

搬送する・される病院との日頃から情報共有は、「不定期に情報共有している」が 64.0%で最も高く、次いで「定期的に情報共有している」が 21.1%であった。

図表 228 搬送する・される病院との日頃からの情報共有の状況



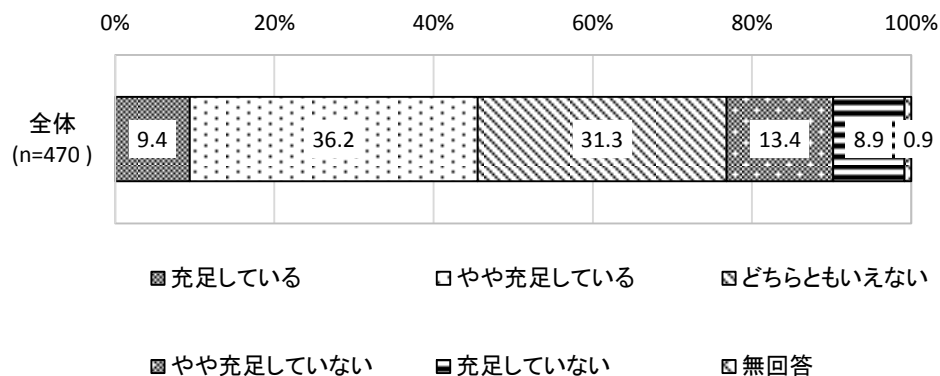
■ 緩和ケアに関する知識・技術（を得る機会）の充足状況（問 18、19）

緩和ケアに関する「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、看護職員では 9.4%、介護職員では 1.7%であった。

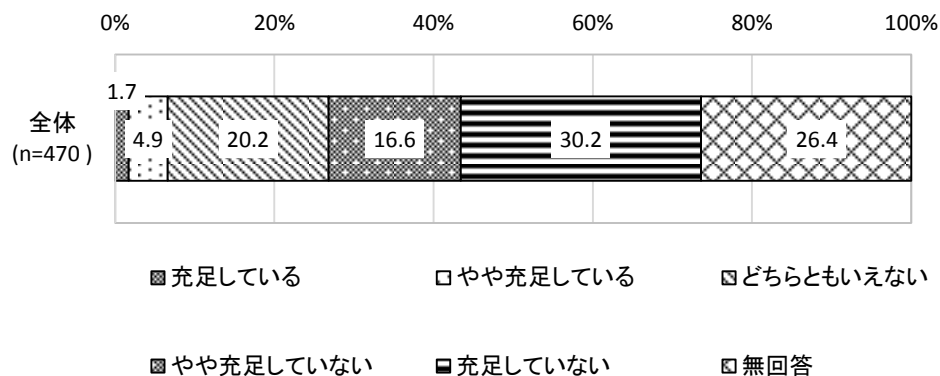
「知識・技術を得る機会」の充足状況についてみると、「充足している」の割合は、看護職員では 14.3%、介護職員では 1.7%であった。

図表 229 緩和ケアに関する知識・技術の充足状況

【看護職員】

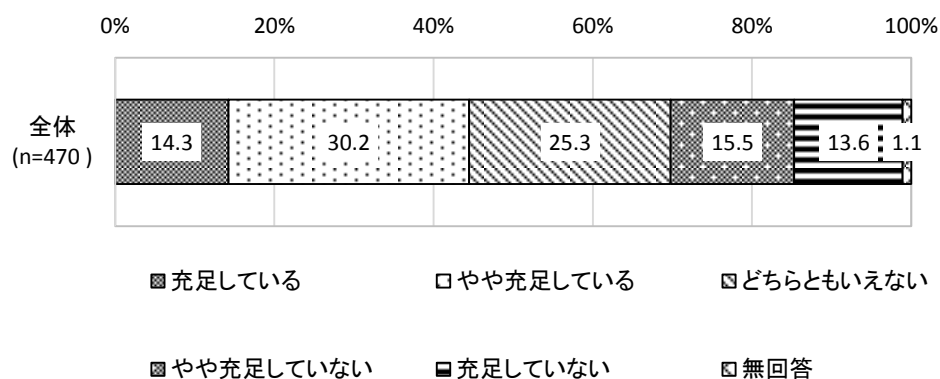


【介護職員】

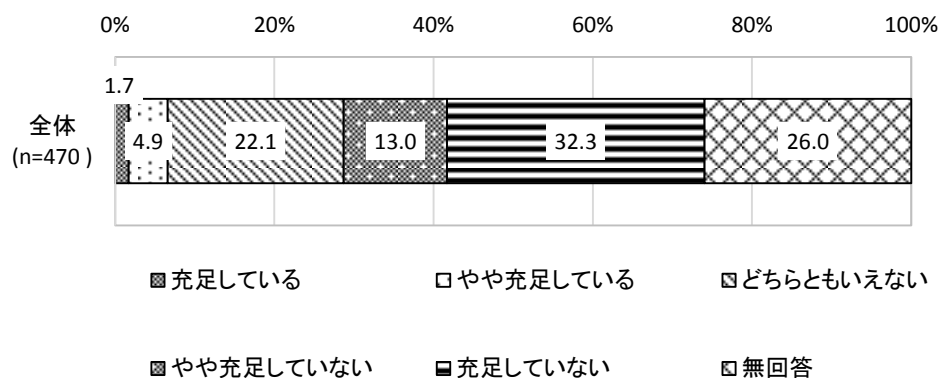


図表 230 緩和ケアに関する知識・技術を得る機会の充足状況

【看護職員】



【介護職員】



5) 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。

<病院等との連携・多職種連携>

○医師との連携

- ・ 医師の積極的な関与が不可欠。
- ・ 大病院の窓口が分かりづらい。
- ・ 退院カンファレンスなく突然依頼されることが多い。
- ・ 在宅サービスについて医師にもっと知ってもらいたい。治療が終わったからといって放り出さないでほしい。
- ・ 在宅医との連携が医師間でない。病院の処置、治療をそのままの状態に戻す為、介護者の負担（介護、経緯）を全く考慮しない。在宅に良い状態だと思うあまり、入院が長くなり自宅に帰れない。治療から緩和、在宅へ移行となる時は早めにチームで連携すべき。病院側（医師、ナース、コメディカル）が地域や患者宅のことを知らなすぎる。在宅で看取りを進める上で病院（医師）の教育システムを構築することが重要。教育できていない病院はペナルティーを科してもよいと思う。
- ・ 地域の病院や在宅診療実施のクリニックにつながらないケースも時々あり、患者の意向等がききにくいケースがある。（在宅診療の医師が入っていれば患者の意思確認等、十分にしていただけのし、訪問で困ったことも対応してくれるが、大きな病院では、連携が取りにくい。）
- ・ がん診療の拠点病院や大学病院からのご紹介の方はできるだけ地域の在宅診療医にお繋ぎいただくと、状態変動の対応がタイムリーに実施でき利用所様への負担や不安軽減につながると思います。退院時看護サマリー等、確実な情報共有。（ライン交換、インフォームド・コンセント内容、排泄状況、内服 etc）
- ・ 緩和ケアの病棟が少なく、入院までに時間がかかる。地域にターミナルを看られる医師がほしい。
- ・ 送り側が受け入れ先（在宅）を医師も知らないこと。家族の介護力をアセスメント出来ていないこと（家屋状況も含めて）。

○ケアマネジャーとの連携

- ・ ケアマネジャーによってご自宅で看取るかどうかが決まってしまう時がある。退院前からカンファレンスには必ず訪問看護師の参加が必要だが、ケアマネジャーだけでカンファレンスが終わっていることが多く、状況を後日連絡があってから病棟に出向くことが多い。病院はケアマネジャー任せにしている。ケアマネジャーの力量に差がある。
- ・ ケアマネジャーの認識が不足している。訪看などへの働きかけが少ない。ケアマネジャーの判断が介護の区変など提案しても行動できないことが多い。医師の選択もケアマネジャーが行うことが多く、連携が取りにくいことが多い。

○多職種連携

- ・ 多職種連携（どうしても部分的になる）。
- ・ 医療ケアが増えていく中で、ケアマネの認識と患者の状態からケアプランに沿わなくなった場合の多職種連携。
- ・ がん治療を行っている病院の主治医が本人、家族と何回もインフォームド・コンセントを繰り返し、最後をどう向き合うかが大切だと思う。あと2〜3日だから家へというケースも多くなっている。臨床医の裁量も大事だが、外泊を進めながら在宅看取りへのスムーズなチームで行うべきと考える。

○早い段階での連携・ケアの提供

- ・ 病院での治療終了の判断が遅く、患者さんがいつまでも期待してしまい、自宅療養を決断した時には、やりたいことが出来ない状況となっていることが多い。早めにつなげてほしい。
- ・ 病院での意志決定支援を早期から行っていただき（アドバンス・ケア・プランニング含め）、出来るだけ早く退院前カンファレンスをしてほしい。家で過ごす時間を長くしてほしい。
- ・ 主治医との連携が大学病院だと取りづらい。早い段階で訪問診療も始めてほしい。
- ・ 在宅に向けて（退院するにあたって）早めに準備、連携等を行ってほしい。
- ・ とにかく、カンファレンスを退院を決める前にやること。
- ・ 病棟でのカンファレンスについては、退院後の関係づくり、本人家族の不安の軽減を考慮し、在宅医療の話が出てきたところで、早めに入院中に対応できればと思っています。緩和ケアにおいて症状の変化に本人、家族の不安や負担が増えるので医療従事者の適切な説明、言動が必要になってくると思う。
- ・ 在宅医療へスムーズに移行し患者様、ご家族のご不満を軽減するために、入院後早い段階での方向性の決定と、在宅医療スタッフとの連携を図ることが重要であると考えます。
- ・ ガンの診断がいたら早くつながりが持てるように、病院、外来でも地域医療の知識を持ってほしい。
- ・ 看取りの段階に入ってから依頼が多く、短期間で慌ただしくしている間に亡くなってしまい、関わるスタッフもやり切った感がないまま終わってしまうことが多い。もう少し早い段階から関わる事ができれば、患者や家族との関係も深くでき、支援できることも増えるように思う。
- ・ 在宅緩和ケアは終末期からではないと思います。もっと早期から訪看の利用が進むとより良い緩和（見放され感は少なくなるのでは？）、意思決定支援は訪看でも出来る。むしろ、生活の中で治療中より関わることで、支援がより進むと思います。

○必要な情報等

- ・ 地域で緩和ケアが専門的な病院、訪問診療があればわかりやすく、リスト等を作ってほしいです。（利用者やケアマネジャーにすぐ紹介できるため）。
- ・ 夜間の連絡が直接取れる病院等の連絡先が知りたい。

＜疼痛への対応＞

- ・ 往診、在宅医療を行っている医師は少なく、まれに行っても麻薬処方資格のない医師がほとんどの為、細かい麻薬の相談、調整ができない。ひどい場合、ガン末期の方で麻薬の希望があったにもかかわらず、最期まで使用してもらえず、痛みの中で亡くなった方がおられ、家族も私達も大きな痛みを残した。がん患者が多くなる昨今、麻薬が使えるような医師を推進していただきたい。
- ・ ガン性疼痛で苦しんでいる患者様に医師が緩和ケアを行ってくれず、オピオイドの使用もしていませんでした。ロキソニン、カロナール等の鎮痛剤のみでした。主治医には本人、家族様から痛みを訴えて頂きましたが処方されませんでした。このような場合、どのように対応したらよいのでしょうか。
- ・ 往診医が痛みのコントロールについて対応不足であることが多く、困ることがある。
- ・ 疼痛コントロールが必要な人の周りに独居や認知介護等で主として頼りになる介護者がいない。
- ・ 家族がいても難しいことだが、独居となるとさらに難しい。その中でも疼痛コントロールを在宅で満足に行えるのか、という不安がある。

＜患者・家族に対する説明・支援＞

○患者・家族に対する説明、意思決定支援

- ・ 送り手の主治医の説明がされていないことが多く、退院してから在宅チームで実施することが多い。病状説明も不十分か理解されておらず、病院医師が在宅に戻すための理解がない。
- ・ 現状について家族が理解していない（医者からの説明を理解していない）。
- ・ 積極的治療を終えることに患者家族が納得しているのか、現状や予後告知の有無とその受容などの情報が不確かであったり、書面の情報と実情が異なっている状況で退院し来られる時が困る。
- ・ 病院から患者への説明内容が不明確。又は、医療用語等で出来ていない。
- ・ 緩和ケアに対する薬剤の使い方や、利用者様への説明があまり上手ではない医師が多く、苦痛（身体的、精神的）を抱えながら最期を迎える方がいるので、もっと勉強してほしいと思う。
- ・ 利用者自身の病状の認識理解が乏しい時がある。病院でのインフォームド・コンセントを一度以上実施してほしい。
- ・ ご本人が状況を理解できていない。間違っていて認識したりして、薬を使うことに抵抗がある場合に困難と感じる。
- ・ 家族の意見がバラバラだとまとまらないことがある。往診医にも差があり、情報共有がうまくできていないところとの連携が大変で、特に大きなところの医師が定まらず難しい。
- ・ 病院ではまだ「在宅の看取りは無理だ」と認識し、本人の意思とは別に転院させようとしてしまうケースがよくある。病院側（特に医師）に、もっと意思決定支援の方法を理解してほしいと思う。

- ・ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインに沿って確認を行う際、病院等では医師の説明に対して看護師が同席できることが多いが、在宅では訪問調整しないとなかなか同席して確認することが難しい。医師の説明によって本人、家族の受け止め方や考え（意思決定）がどのようなものか、一人の患者さんへの情報共有が行えるようシステム作り（ガイドライン）が詳細にあると良いと感じる。

○心理的な支援

- ・ 頼りにしていた病院から見放された感のフォローには対応が難しい。
- ・ 精神面のフォローやケアが困難なケースがあり、メンタルへの援助に悩む。

<介護サービスの導入>

- ・ 急な状態変化の為、介護保険のサービス導入に時間がかかる。それによって、退院のタイミングを逃してしまい、在宅医療を希望している患者のニーズに応えられなかった。
- ・ ガン患者は ADL（日常生活動作）が保たれた状態で終末期を過ごすことが多く、介護保険の区分が低い為、十分なサービス（ヘルパー、介護ベット、手すり、シャワーチェア他）が使用できない場合がある。ある市はガンの診断を受けていたら、100%要介護3以上というルールがあるそうです。全国的には是非同じようにしていただきたい。
- ・ 2号被保険者の方で、まだヘルパー等のサービスは必要ないと考えられる ADL（日常生活動作）の方であっても訪問看護が必要な方は多くいます。しかし、医療保険なので3割負担のため、訪問看護も金銭的に回数多く受けることができない。急激に悪化するという理解も得られにくく、訪問した際にかかり悪化していたという状況が多々あります。気軽に相談できる、状態を確認できるように、経済的な負担が軽減されると良いと思います。

<体制整備>

○訪問看護ステーション

- ・ 24時間対応のステーションでなければケアは難しいかと思えます。
- ・ スタッフ不足。毎日訪問しなければならなくなった時、対応が困難で、受け入れられない時がある。

○薬局

- ・ 痛みの増強があり、連絡しても医師の対応が悪く、臨終往診をしてくれない。いざという時に使える薬剤を処方してくれないので、祝日等にトラブルがあると、開いている薬局を探す等からやることになるので、困った経験が多々ある。
- ・ 薬局の24時間対応。

<緩和ケアに関する知識・技術>

○訪問看護ステーションの職員

- ・ 人員不足のため、なかなか研修に行けない。
- ・ 現在は患者（急性期）がいない為、緩和ケアの提供はしていないが、今後提供する場合、専門的教育を受けている看護師がいない為、十分なケアを行うことができるか不安。
- ・ 小児専門（NICU（新生児特定集中治療室）退院児）専門に行っていますが、今後小児ガンの患者様の受け入れになった時、専門スタッフがいた方が安心してケアにのぞめると思っています。講習会や相談会をお願いしたいです。
- ・ 知識不足のため、がん疾患の勉強やケア方法等、教えていただける機会がありましたら、ありがたいです。
- ・ 在宅ケアを俯瞰的に見て、医療を日常生活の中に上手に取り入れ、質の高い看護を提供し、そういう人材を育成する役割である訪問看護認定看護師をもっと活用してください。いわゆる「緩和ケア」の研修は、オピオイド等薬剤の使い方ばかり。WOC（創傷(Wound)、ストーマ(Ostomy)、失禁(Continence)、皮膚・排せつケア認定看護師）はスミス・アンドネフューばかり。息苦しさ、嘔気、骨突出の為の痛み等、優れた知識・技術は在宅の看護師の方が持っています。
- ・ 看護師の定期的研修が必要。（緩和ケア）。
- ・ ステーションのスタッフ人数が少ない中、研修に出すのが大変ですが、知識向上やより良いケアをするため、参加させてあげたいと思います。都や他外部研修で無料受講できるものやスケジュールが連続で入らない研修があればよいと思います。（ステーションでのスケジュールに困らない程度）。
- ・ 緩和ケアに関する研修の機会があれば積極的に参加したいが、スケジュール調整が難しい。機会を増やしてほしい。
- ・ 無料の研修の機会が多いと良いと思う。
- ・ 研修の参加に業務の調整が困難であることが多く、週末、夜間に機会があるとありがたいです。他職種との研修があると、日々の業務に活かせると考える。スタッフ個々の能力の差があり、検討課題である。
- ・ 職員雇用が安定しない事。雇用が安定しても緩和ケアの知識の習得が全職員出来ていないことが、緩和ケア実施（受け入れ）の足かせになっています。

○その他の職種

- ・ 緩和ケアの場合は輸液や麻薬等、薬剤師の役割が大きい。また、独居の場合、ケアをヘルパーに依頼することが多いので、そういった職種にもターミナルケア研修は重要と思う。
- ・ 大学病院通院中の末期がん患者に対し、治療の利点、欠点をきちんと説明されているのか疑問です。かなり状態が悪くなってから訪看開始。病状の認識も低いケースが多く、残り少ない日々を安楽に過ごせる様に介入したいと思っても本人、家族ともに予期せぬ死がとても残念です。早い段階から緩和ケアについての周知に力を入れてほしいと思います。
- ・ 介護職員の技術、知識が不十分でこちらがお願いしたことも出来ていないことがある。

<在宅医療や訪問看護に関する理解>

- ・ 訪問看護は救急車ではないのに、同じような対応をしてくれると誤解されることが多いため、周知が必須である。
- ・ 国民教育（緩和ケアに限らず、在宅医療についても）。

<運営上の問題>

- ・ 土日、祝訪問となる場合や交通費がかかる場合、自己負担が発生しても経済的に困難な方や生活保護の方からいただけないことが多い。
- ・ 夜間の（家族の不安に対する）対応。独居の患者を心配するあまり、訪問希望が多いと感じたこと。
- ・ 営業時間外対応が連日、複数回に及ぶと定期訪問に影響が出たり、職員の健康に悪影響を及ぼす。算定出来ない電話対応などが深夜に数回かかることも在宅療養では当たり前にある。介護者が家族の場合は本人と同じくらい対応が必要なこともある。それも含めての在宅サービスだろうが担い手が増えない理由の一因だと思う。訪問医は夜間対応せず、訪看に丸投げしているケースも多い。個々の事業所が夜間として配置は難しいが当番制で夜間者をおき市区町村で支援する等、横のつながりを構築し、町全体でがん患者を支える人を支える仕組みがあってもよいではないか。
- ・ 土日祝日、夜間対応の料金をもっと高くしてほしい。
- ・ 頻回訪問が必要になった時に、2事業所が入りづらいことに困ることがある。緊急時加算が1事業所しか取れない。1日に1事業所しか入れない。

<その他>

- ・ 在宅ケアにおける医療機器（吸引器点滴台等）の貸出希望等の対応。
- ・ 在宅ケアを受けるまでに手続きやカンファの日程調整や行政（生活保護）とのやり取りに時間がかかりすぎる。大学病院の場合は特に文書のやり取りに大変時間がかかる。
- ・ 在宅看取りができない方を緩和ケア病棟にエントリーしようとするが、なかなか良い空きがなく間に合わないことが多い。若年層のターミナル患者さんも増えてきており、亡くなる間際まで治療を受けている方が多く、緩和ケア病棟にエントリーできなくなる方が多い。もう少し受け入れの条件を緩和していただけたらと思う。
- ・ 緩和ケアを受けたからと届けられる患者様、又はそのことを知る機会をどのような形で進めるべきか、もっとわかりやすくし、オープンにすべきだし、必要があると思います。是非これからは、そうしていくべきであると思います。よろしくお願いします。

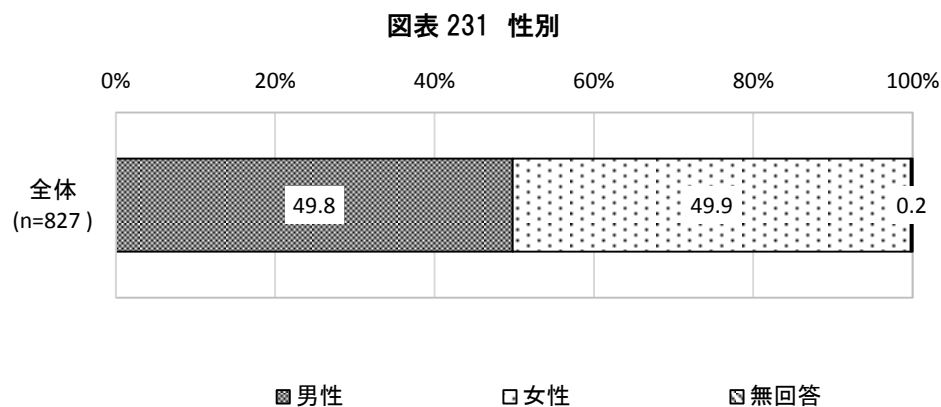
以上

10. 患者調査

1) 回答者属性

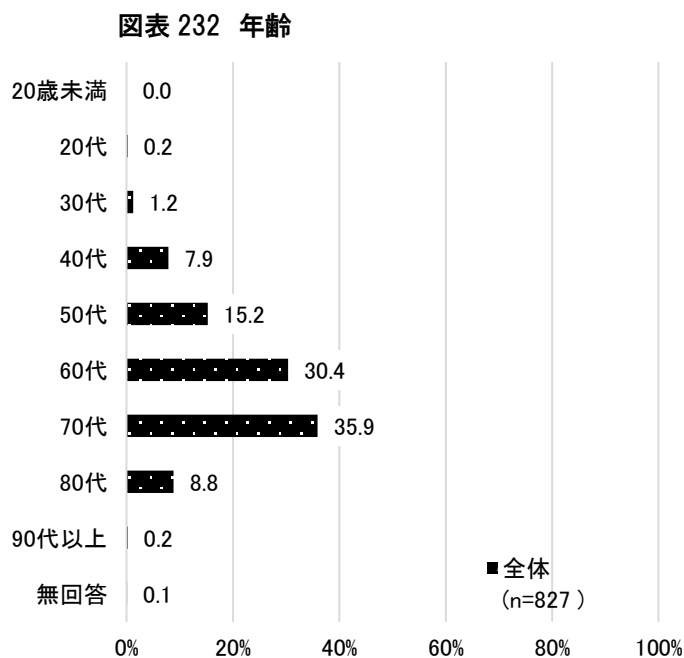
■ 性別（問1）

性別は、「男性」が49.8%、「女性」が49.9%であった。



■ 年齢（問2）

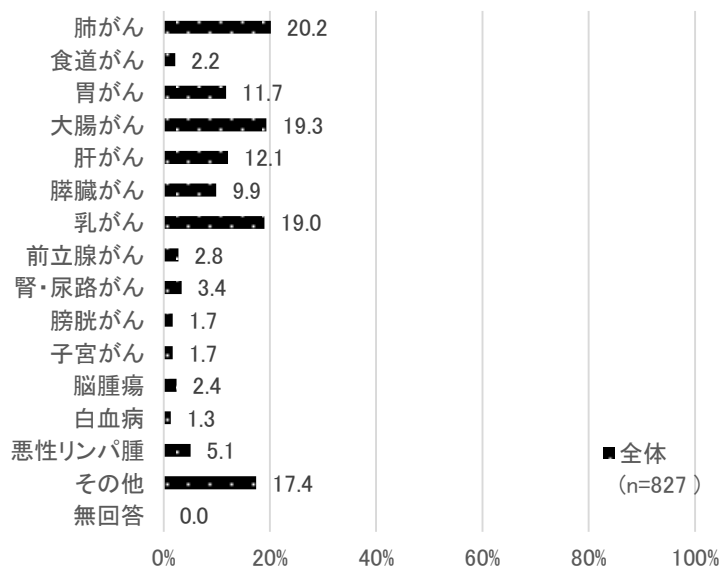
年齢は、「70代」が35.9%で最も高く、次いで「60代」が30.4%であった。



■ がんの種別（問3）

がんの種別は、「肺がん」が20.2%で最も高く、次いで「大腸がん」が19.3%であった。

図表 233 がんの種別(複数回答)



※その他：「多発性骨髄腫」「胆のうがん」「卵巣がん」「甲状腺がん」「咽頭がん」「骨髄異形成症候群」等の回答があった。

■ がん治療の開始時期（問4）

がん治療の開始時期は、「1～3年前」が28.9%で最も高く、次いで「5年以上前」が18.5%であった。

図表 234 がん治療の開始時期

