

2013/4032A (別冊有)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 木澤 義之

平成 26 (2014) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究・・・・・・・・・・ 2

木澤義之

II. 分担研究報告

1. 緩和医療の研究に携わる医師の育成に関する研究・・・・・・・・ 24

森田達也

2. 緩和医療に従事する医師の育成に関する研究・・・・・・・・ 27

佐藤哲観

3. 緩和医療に携わる精神腫瘍医の育成に関する研究・・・・・・・・ 29

小川朝生

4. 緩和医療に従事する医師の育成と評価に関する研究・・・・・・・・ 34

山本 亮

5. 緩和医療に携わる小児科医の育成に関する研究・・・・・・・・ 36

永山 淳

6. 小児科領域における緩和医療の教育と普及に関する研究・・・・・・・・ 36

多田羅竜平

6. 小児科領域における緩和医療の教育と普及に関する研究・・・・・・・・ 38

坂下明大

9. 看護師の育成の評価に関する研究・・・・・・・・ 40

宮下光令

9. 看護師の育成の評価に関する研究・・・・・・・・ 43

笹原朋代

12. 緩和ケアチーム育成の評価に関する研究・・・・・・・・ 46

中澤葉宇子

13. 緩和医療に携わる臨床心理士の育成に関する研究・・・・・・ 51

岩満優美

14. 緩和医療に携わる薬剤師の育成に関する研究・・・・・・ 57

伊勢雄也

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・ 61

IV. 研究成果刊行物・別刷・・・・・・・・・・ 別冊

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
平成 25 年度（総括・分担）研究報告書

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

研究分担者 木澤義之 神戸大学大学院医学研究科科系講座 先端緩和医療学分野

研究要旨 本研究班の目的は、わが国の緩和ケアの均てん化に資するため、全国のがん診療拠点病院等の緩和ケアチームが、限られた資源の中で効果的に活動するための運用モデルを作成することである。加えて、緩和ケアチームを構成する医療従事者、ならびに緩和ケアチームと協働して基本的な緩和ケアを実践するがん診療に携わる医師、看護師、メディカルスタッフ（リハビリスタッフ、心理療法士、薬剤師等）の教育方法の開発、実施性の検証、有用性の検討を行った。

A. 研究目的

本研究班の目的は、わが国の緩和ケアの均てん化に資するため、1) 全国のがん診療拠点病院等の緩和ケアチームが、限られた資源の中で効果的に活動するための運用モデルを作成すること、2) 緩和ケアチームを構成する医療従事者、ならびに緩和ケアチームと協働して基本的な緩和ケアを実践するがん診療に携わる医師、看護師、メディカルスタッフの教育方法を開発し、その実施性と有用性を検証することである。

B. 研究方法

それぞれの研究目的に応じた研究方法をとった。詳細は C の研究結果並びに分担報告書を参照のこと。

（倫理面への配慮）

本研究は、患者家族を対象とした臨床研究ではなく、医療従事者を対象とした教育プログラムの作成・改訂およびその有効性の検証に関する研究、ならびに医療従事者に対するインタビュー研究である。調査にあたっては、対象者にあらかじめ研究内容を説明し、同意を得た上で、自記式の調査用紙を用いて調査を行った。調査は氏名や施設名が特定できぬようコード化して行い、解析した。また、得られた結果は統計学的処理に使用されるもので個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明した。

C. 研究結果

（1）緩和ケアチームが、限られた資源の中で効果的に活動するための運用モデルの作

成：平成 24 年度のがん診療拠点病院における緩和ケアチームの診療実績ならびに人員配置調査の結果から、緩和ケアチームに専従の医師がおらず、かつ緩和ケアチームの年間コンサルテーション数が 150 件を上回る病院を選定し、該当するすべての病院から緩和ケアチームの運用モデルを収集中である（研究実施中）。運用モデルの内容としては以下のものを収集した；職種の配置（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ）、各職種の役割、専従看護師の役割と配置場所、緩和ケア外来の活動内容、院内での組織上の位置づけ、コンサルテーション内容、活動時間など。あわせて、前記した緩和ケアチームの専任医師並びに専従看護師を対象として、『緩和ケアチームの活動を活性化するために行っている工夫とは』をテーマとしたフォーカスグループインタビューを平成 26 年 1 月に実施した。7 施設の緩和ケアチームから医師 7 名、看護師 6 名に協力が得られた。インタビューは 3 施設と 4 施設と 2 回に分けて行った。内容分析からは、緩和ケアチームの効率的な運用に関しては「コミュニケーション」「専従看護師の重要性」「アクセスの容易さ」などの項目が抽出されてきた。工夫に関しては、「地域でのネットワーク」「カンファレンス」などの項目が抽出された。

（2）緩和ケアチームを構成する医療従事者の教育方法に関する研究

緩和ケアチームの診療の質を高めるために、前年度までの実績をもとに、国立がん研究センターがん対策情報センターと協働し

て、全国のがん診療拠点病院等の緩和ケアチームを対象として、緩和ケアチーム研修会を開催し、その教育効果を平成 20 年度に本研究班で開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動状況を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景 10 項目、研修会前、研修会直後に実施した。対象者は平成 25 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修に参加した医師・看護師・薬剤師 73 名 (21 チーム) であった。調査の結果、研修前 73 名 (回収率 100%)、研修直後 70 名 (回収率 96%)、から回答を得た。対象者背景は、33%が緩和ケアチームメンバーとしての活動年数 2 年未満であった。研修前と研修直後で比較の結果、緩和ケアチームの一員として活動することに自信がないと回答した割合は 35%から 14%に変化した。今後は研修約 12 カ月後の活動の変化について追跡評価することが課題である。また、緩和ケアチームを構成する医師・メディカルスタッフの質の向上のために、前年度までに実施した実態調査等をもとに、専門家会議を開催し、緩和ケアチームを構成する薬剤師、緩和ケアチームを構成する心理士の活動の手引きを作成し、全国のがん診療拠点病院等に配布した。

(3) 緩和ケアチームと協働して基本的な緩和ケアを実践するがん診療に携わる医師、看護師、メディカルスタッフの教育方法に関する研究

前年度までに実施してきた以下の 3 課題の研究を継続して行った。

1) 効果的ながん診療に携わる医師のための緩和ケア研修会の研修会の効果の評価研究を信頼性妥当性が検証された『PEACE-Q33』を用いて前後比較試験を行い、研修会を受講することにより、緩和ケアの知識が短期的には上昇し、その効果は少なくとも 2 ヶ月間持続することが明らかとなった。また、緩和ケア研修会を受講した効果を明らかにするために、緩和ケア研修会受講生に対して、『緩和ケア研修会を受けてどんな変化があったか』に関するフォーカスグループインタビューを行い、緩和ケア研修会受講が受講者にもたらす行動変容について質的に検証した。「症状のアセスメント方法が整理された」、「系統的に緩和ケアについての知識を得ることができた」、「在宅医療の手段を知ることができた」など知識面での成果だけでなく、「他の医師のやり方を見ることができた」「緩和ケアにつ

いて学ぼうという動機付けになった」、「自信をつけることができた」など態度面での成果も挙げられた。「細かいことは忘れてしまうが、資料を見ることで思い出することができる」、「同じことを学んだ者同士の共通言語になる」といった基礎知識として活用することができることも示唆された。

一方、「新しいことはほとんどなく、知っていることばかりであった」、「物足りなかった」といったような意見も聞かれ、ある程度日常的に緩和ケアに携わっている医師にとっては物足りなさの残る研修会であることも示された。

2) 看護師のための緩和ケア教育プログラムである End-of-Life Nursing Education Consortium- Japan (ELNEC-J) の教育効果を検証するために (1) Weighting-list Control を用いた無作為化比較試験、(2) コホート研究を行った。エンドポイントは平成 23 年度に本研究班で開発した ELNEC-J CQ でとした。ELNEC-J の有効性を検証するための無作為化比較試験では、参加者は介入群 89 名、Weighting-list Control 群 96 名に無作為に割り付けられた。

ELNEC-J CQ の知識に関しては介入群の 4 時点の点数は 63.9 ± 10.7 、 78.4 ± 5.5 、 77.2 ± 6.9 、 77.8 ± 7.4 、Weighting-list Control 群では 63.6 ± 12.7 、 65.6 ± 14.3 、 79.1 ± 6.1 、 76.5 ± 7.8 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた ($P < 0.0001$)。ELNEC-J CQ の態度に関しても同様に介入群の 4 時点の点数は 28.7 ± 5.4 、 35.7 ± 4.8 、 35.2 ± 4.3 、 35.5 ± 5.5 、Weighting-list Control 群では 29.6 ± 6.0 、 29.0 ± 6.7 、 36.5 ± 4.8 、 34.9 ± 5.1 であり、統計学的に有意な介入結果が見られた ($P < 0.0001$)。(2) ELNEC-J の有効性を検証するためのコホート研究には 10 プログラム 320 名が参加した。ELNEC-J CQ の知識に関しては 3 時点の点数は 61.6 ± 12.5 、 77.1 ± 7.2 、 74.5 ± 8.6 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた ($P < 0.0001$)。ELNEC-J CQ の態度に関しても同様に 3 時点の点数は 29.7 ± 5.9 、 36.6 ± 4.7 、 35.4 ± 4.2 であり、統計学的に有意な介入結果が見られた ($P < 0.0001$)。これらの結果より、ELNEC-J プログラムの有効性が参加者の知識・態度の側面から検証された。

3) がん診療に携わる小児科医に対する緩和ケア教育プログラムであり、小児血液がん学会が厚生労働省の委託事業の一環として実施

している小児緩和ケア研修会 Care for Life-threatening Illness in Childhood (CLIC) の教育効果の検証を行った。

(4) 緩和医療の研究に携わる医師の育成に関する研究

がん治療医が困難と感じている症状（神経障害性疼痛、呼吸困難、せん妄など）に対する対応や、EOL discussion などが重要な研究テーマとして挙げられた。その後 5 つのテーマについて、研究デザインを作成した。国際的に提案されている緩和ケアの研究のためのガイドランスである Morecare framework の日本での適応可能性について検討し、適応可能であることを確認した。

(5) 専門緩和ケアに従事する医療従事者の育成に関する研究 専門的緩和ケアに従事する医療従事者の教育の基礎資料とするために、ホスピス・緩和ケア病棟における入院・入棟に関する全国調査を実施した。2014 年 1 月－3 月に、251 施設に対して行われ、190 施設から回答を得た。緩和ケア病棟の入院に必要な条件、患者の状態、病状、有料室の状況などが明らかとなった。詳細は別添する。

D. 考察

本研究の実施により、限られた資源の中で効果的に活動するための緩和ケアチームの運用モデルに関する知見のプールが作成された。この知見のプールから、各々の施設において実施可能な工夫が緩和ケアチームで実行されることにより、全国の緩和ケアチーム等の活動がより活性化し、緩和ケアチームへのアクセスの改善、診療・ケアの質の向上が期待でき、ひいては、がん患者・家族の QOL の向上に寄与することが期待される。

また、本研究では、基本的緩和ケアの実施に必要な医師・看護師に対する緩和ケアの教育プログラムの開発を行いその知識に関する教育効果を検証してきた。今後は、研修会の効果を知識だけでなく、医療従事者の態度や行動変容に関する評価尺度を開発し、実測することにより研修会の教育評価を多角的に行うとともに、その結果に基づいてより良い研修会のプログラムを作成することが望ましい。また、現在緩和ケア推進検討会の第 2 次中間とりまとめに沿って、より患者の視点を取り入れたものとするために、医師に対する緩和ケア研修会のプログラムを改定中であ

る。新しく作成されたプログラムに対応した知識・技能・態度に関する教育の評価尺度の開発も併せて進めていく必要がある。

E. 結論

本研究の実施により、1) 限られた資源の中で効果的に活動するための緩和ケアチームの運用モデルに関する知見のプールが作成され、2) 基本的緩和ケアの実施に必要な医師・看護師に対する緩和ケアの教育プログラムの開発を行いその知識に関する教育効果が検証された。今後は研修会の効果を知識だけでなく多面的に計測する評価尺度を開発・実測し、その結果に基づいてより良い研修会のプログラムを作成すること、並びに、治療療養の場が病院から地域にシフトしていくことを考慮したうえで、介護従事者、家庭介護者のための緩和ケア学習プログラムの開発を行うことが課題である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takayashiki A, Abe Y, Hamano J, Maeno T. Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013. [Epub ahead of print]
2. ○Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. The Activity of Palliative Care Team Pharmacists in Designated Cancer Hospitals: A Nationwide Survey in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2013. [Epub ahead of print]
3. ○Kizawa Y, Morita T, Hamano J, Nagaoka H, Miyashita M, Tsuneto S. Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Sep;30(6):552-5.
4. Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama M, Kosako F, Hama Y, Kizawa Y, Sasahara T, Eguchi K.

- Progressive Development and Enhancement of Palliative Care Services in Japan: Nationwide Surveys of Designated Cancer Care Hospitals for Three Consecutive Years. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jan 16. [Epub ahead of print]
5. ○Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M. One-year Follow-up of an Educational Intervention for Palliative Care Consultation Teams. *Jpn J Clin Oncol*. 2013 Dec 4. [Epub ahead of print]
 6. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Sakamoto N, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*. 2013 Oct 21:1-5.
 7. ○Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med*. 2013 Nov;16(11):1423-8.
 8. Hamano J, Kizawa Y, Maeno T, Nagaoka H, Shima Y, Maeno T. Prospective Clarification of the Utility of the Palliative Prognostic Index for Patients With Advanced Cancer in the Home Care Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Sep 16. [Epub ahead of print]
 9. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol*. 2013 Jun;14(7):638-46.
 10. Morita T, Kizawa Y. Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013 Jun;7(2):207-15.
 11. ○Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. *Jpn J Clin Oncol*. 2013 Mar;43(3):286-93.
 12. Hamano J, Maeno T, Kizawa Y, Shima Y, Maeno T. Usefulness of Palliative Prognostic Index for patient with advanced cancer in home care setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 May;30(3):264-7.
 13. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, Morita T, Kizawa Y. Psychologists in cancer palliative care in Japan: a nationwide survey. *Palliative and Supportive Care*, (in press).
 14. 伊勢雄也, 森田達也, 片山志郎, 木澤義之. がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響. *日本緩和医療薬学雑誌*. 2013 6(4):87-90.
 15. ○木澤義之, 森田達也, 新城拓也, 梅田恵, 久原幸 (編集). 3 ステップ実践緩和ケア. 青海社. 東京. 2013. 6.
- 学会発表
1. Kizawa Y, Yamamoto R, Morita T. Development and Progress of the PEACE Project-a Nation-wide Primary Palliative Care Education Project in Japan. 10th Asia Pacific Hospice Conference. Bangkok, Thailand, 10-13/Oct 2013.
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
特記すべきことなし。

ホスピス・緩和ケア病棟における入院・入棟に関する全国調査

(1) 意義・目的

背景：わが国では悪性腫瘍が死亡原因の第一位を占め、2012年には年間約36万人が死亡している。わが国のがん医療における望ましい終末期医療の在り方について、一般市民2548名及び遺族513名を対象とした調査によれば、望ましい死を迎えるために80%以上の人が重要なことであると考えることとして、『身体的、心理的な苦痛がないこと』、『他者の負担にならないこと』、『人生を全うしたと感じられること』などと同時に、『望んだ場所で過ごすこと』が挙げられている(Miyashita M, et.al., Annals of Oncology 2008.)。2008年に厚生労働省によって行われた終末期のあり方に関する意識調査では、『あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている(6か月以下またはそれより短い期間と想定)と告げられた場合、療養生活は最後までどこで送りたいですか』の質問に一般市民の47.8%が緩和ケア病棟に入院したいと回答している。しかしながら、2012年5月の日本ホスピス緩和ケア協会の調査によれば、2011年にわが国の緩和ケア病棟で死亡した患者は年間41085名であり、全がん死亡の9.6%に過ぎない。先行研究から、緩和ケア病棟に入院することのバリアとして22項目が、そのうち緩和ケア病棟の運営に関連する項目として7項目が挙げられており、代表的なものとしては『緩和ケア病棟へのアクセスが悪いこと』、『抗がん治療を中止しなければならないこと』、『差額ベッド料金などの費用がかかること』、『入院の基準が厳しいこと』などがある(Miyashita M, et.al., Supportive Care in Cancer, 2008.)。しかしながら、緩和ケア病棟に対して上記にバリアとして記載した入院や入棟の基準、入院面接の状況、差額ベッド料金、入院決定の方法などの状況は今まで調査されておらずその現状は明らかにされていない。

わが国の緩和ケア病棟の入院や入棟の基準、入院面接の状況、差額ベッド料金、入院決定の方法の現状を知ることが、今後のホスピス・緩和ケア病棟の効率的効果的運用やがん緩和ケア、患者、家族のQOL向上をはかるための重要な資料となる可能性がある。

本研究の目的は、わが国のホスピス・緩和ケア病棟における①入院・入棟基準、②入院面接の状況、③差額ベッド料金、④入院決定の方法、の現状を明らかにすることである。

(2) 方法

施設代表者の医師に対する質問紙調査。実施にあたり、日本ホスピス緩和ケア協会の協力を得た。

【対象施設】

平成25年4月1日時点で非営利特定法人日本ホスピス緩和ケア協会に加盟し、診療報酬の緩和ケア病棟入院料を算定しているホスピス・緩和ケア病棟を日本ホスピス緩和ケア協会に依頼し特定、251施設を選定した。

【調査対象者】

平成 25 年 4 月 1 日時点で非営利特定法人日本ホスピス緩和ケア協会に加盟しているホスピス・緩和ケア病棟 251 施設の医師 1 名（責任者を特定）

【質問紙の作成方法】

以下の 3 段階のプロセスを経て作成した。1) 系統的文献検索に基づいて、研究者が質問紙案を作成、2) 緩和ケア専門家 8 名に意見を求め追加修正、3) 10 施設の緩和ケア病棟医師に依頼し内容妥当性と表面妥当性を確認。

【調査期間】

2014 年 1 月第 1 週に送付。1 月末日を締切とし、2 月第 1 週に 1 回葉書にて督促した。2 月 28 日をもって回収終了し、集計作業を行った。

【評価項目】

以下の 6 項目について調査を行った。（詳細は付録 1：アンケート用紙を参照）

- ①ホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟相談について：自施設及びその関連病院以外からの受け入れの割合、入院相談の担当者、入院相談の費用負担の有無、入院相談費用の徴収方法、入院相談費用徴収の説明方法。
- ②ホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟決定の優先度について：入院・入棟の決定方法、患者の状態や施設の事情など 13 項目別の入院・入棟の優先度の度合い（5 件法：とても優先度が高い—どちらかといえば優先度が高い—どちらでもない—どちらかといえば優先度が低い—優先度が低い）。
- ③ホスピス・緩和ケア病棟の入院適応について：患者の状態、使用薬剤、社会的状況など 27 項目別の入院・入棟が可能な度合い（4 件法；可能—状態によるが原則可能—状態によるが原則不可能—不可能）。
- ④良性疾患を持つ患者の入院受入れ経験：過去 1 年間に病院全体のベッドコントロールのために、良性疾患の入院を受け入れた経験の有無。
- ⑤ホスピス・緩和ケア病棟に入院する際に必要な条件について：患者・家族の病名の理解、患者・家族の病状理解、患者・家族の DNR の承諾、患者・家族の抗がん治療の中止の承諾、患者・家族の緩和ケアの理念の理解、など 13 項目の入院・入棟に必要な度合い（4 件法；必要である—どちらかといえば必要である—どちらかといえば必要ない—必要はない）。
- ⑥病床の規模と有料室について：稼働中の病床数、有料室の有無、料金別の有料室の病床数。

【個人情報保護の方法】

質問紙はあらかじめ連結可能匿名化のために、施設をすべてコード化し、施設・コード対応一覧表を作成し、調査用紙並びに返送用の封筒にコードを印刷したうえで調査を実施した。施設・コード対応一覧表は研究者の 1 人（坂下明大）が責任を持って匿名化（連結可能匿名化）し、解析担当者に提供した。当該研究者は匿名化などの個人識別情報の管理を他のコンピューターと切り離され、インターネットへの接続が不可能な専用のコンピューターを用いて行い、当該情報をパスワードロックのかかったコンピューターの外部記録装置

に保管して神戸大学大学院医学研究科研究棟 A3 階先端緩和医療学医局の鍵のかかる保存庫内に厳重に保管した。対象者より返送された質問紙は神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学研究室において鍵のかかる保存庫に保管する。研究結果は、2013 年 5 月に実施され公開されている日本ホスピス緩和ケア協会の施設状況調査と結合して解析を行うが、研究結果の公表は施設名が特定できない形で行う。

【研究の同意を得る方法】

本研究の対象者となる対象者に対して、文書を用いて本研究の趣旨を十分に説明し、質問紙の返送を持って同意とみなす。(説明書は添付のとおりである。) 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野のオリジナル HP を通じて本研究実施についての情報公開を行うとともに、これにより、対象者に当該データの利用の撤回が可能となる機会を提供する。尚、本研究は 2013 年 12 月 2 日神戸大学大学院医学研究科医学倫理委員会で承認を受けた。

(3) 結果の概要

251 施設にアンケートを送付し、190 施設から返送が得られた (回収率 75.7%)。

尚、本研究では以下の用語を次のように定義した。

- ①入院相談：ホスピス・緩和ケア病棟に入院するための相談をすることを指す。
- ②相談費用等：面談料、セカンドオピニオン料など、保険診療外で相談のために徴収している料金を指す。

1) ホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟相談について

①自施設及びその関連病院以外からの患者入院を受け入れている割合：受け入れていないと回答した施設が 1 施設 (0.5%)、0%以上 20%未満が 21 施設 (11.1%)、20%以上 40%未満が 17 施設 (8.9%)、40%以上 60%未満 が 37 施設 (19.5%)、60%以上 80%未満が 28 施設 (14.7%)、80%以上 100%未満が 68 施設 (35.8%)、100%が 18 施設 (9.5%) と、60%以上の患者を外部から受け入れているとした施設が全体の 60%を占めた。

②入院相談の担当者(複数回答):医師が担当していると回答した施設が 158 施設(38.5%)、看護師が担当していると回答した施設が 125 施設 (30.5%) 医療ソーシャルワーカーが担当していると回答した施設が 119 施設 (29.0%)、その他が 8 施設 (2.0%) であった。多くの施設で複数の職種が担当し、また、医師、看護師、MSW がその主たる担当者であることが明らかとなった。※以下の入院相談の費用負担に関しては、他院に外来通院中の患者・家族が、他院の主治医からの紹介状を持って入院相談に来た時を想定して回答を得ています。

③入院相談の費用負担の有無：医師が担当した場合のみかかると回答した施設が 120 施設 (63.5%)、誰が担当しても費用がかかると回答した施設が 6 施設(3.2%)、かからないと回答した施設が 45 施設(23.8%)、その他が 18 施設(9.5%)であった。

④相談費用の徴収方法：詳細を表 1 に示す。家族のみ来院し、医師が面談を担当した場合、36 施設 (18.9%) で外来診療費として保険請求を行っていることが明らかとなった。

表 1. 入院相談費用の徴収方法

	入院相談に費用がかかると回答した施設 (N=144)		医師以外が相談しても費用がかかると回答した施設 (N=24)	
	患者自身が来院し医師が担当した場合	家族のみ来院し医師が担当した場合	患者自身が来院し医師以外が担当した場合	家族のみ来院し医師以外が担当した場合
外来診療費として保険請求し、自己負担分を患者から徴収している	85 (59.0%)	29 (20.1%)	2 (8.3%)	0 (0%)
外来診療費として保険請求し、自己負担分は徴収していない	23 (16.0%)	7 (4.9%)	0 (0%)	0 (0%)
外来診療費として保険請求せず、相談費用等として患者から徴収している	26 (18.1%)	87 (60.4%)	4 (2.8%)	4 (2.8%)
その他	9 (6.3%)	16 (11.1%)	15 (62.5%)	18 (75%)
未回答	1 (0.7%)	5 (3.5%)	3 (2.1%)	2 (8.3%)

⑤入院相談費用徴収の説明方法：問い合わせがあった時に電話等で事前に説明していると回答した施設が 97 施設 (67.4%)、当日説明していると回答した施設が 18 施設 (12.5%)、説明していないと回答した施設が 13 施設 (9.0%)、その他 12 施設 (8.3%) であった。

⑥入院相談費用：入院相談費用を外来診療費として算定せず、相談費用等として患者・家族から徴収していると回答した 88 施設に相談にかかる費用の回答を求めた。相談費用の平均値は 4126 円（最小値 1000 円、最大値 6500 円）であった。詳細を表 2 に示す。

表 2. 入院相談費用

費用区分	施設数 (%)
～2500 円	4 施設 (4.5%)
2501 円～3000 円	21 施設 (23.8%)
3001 円～3500 円	10 施設 (11.4%)
3501 円～4000 円	1 施設 (1.1%)
4001 円～4500 円	2 施設 (2.3%)
4501 円～5000 円	28 施設 (31.8%)
5001 円～5500 円	15 施設 (17.0%)
5501 円～6000 円	1 施設 (1.1%)
未回答	6 施設 (6.8%)

2) ホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟決定の優先度について

①入院・入棟の決定方法：毎週など定期的に行われる入院・入棟判定会議でのみと回答した施設が 39 施設(20.5%)、入院・入棟判定会議以外でも空床と希望者のバランスを見て随時と回答した施設が 131 施設(68.9%)、その他 17 施設(8.9%)であった。

②患者の状態や施設の事情など 13 項目別の入院・入棟の優先度の度合い：5 件法（とても優先度が高い—どちらかといえば優先度が高い—どちらでもない—どちらかといえば優先度が低い—優先度が低い）で回答を求めた。図 1 に詳細を示す。50%以上の施設が「優先度が高い、どちらかといえば優先度が高い」と回答した項目は、頻度の高いものから、緩和が困難な苦痛が存在すること(94.2%)、在宅療養中などで他に適切な入院先がないこと(78.9%)、推定予後が週単位以下であること(69.5%)、入院の申し込みからの待機期間が長いこと(66.8%)、紹介元が自施設の外来患者であること(55.8%)であった。一方で、30%以上の施設が「優先度が低い、どちらかといえば優先度が低い」と回答した項目は、症状が緩和されていること(緩和困難な苦痛がないこと)(75.8%)、現在他院に入院中であること(34.7%)、推定予後が月単位以上あること(33.7%)、であった。

3) ホスピス・緩和ケア病棟の入院適応について：

①患者の状態、使用薬剤、社会的状況など 27 項目別の入院・入棟が可能な度合い：4 件法（可能—状態によるが原則可能—状態によるが原則不可能—不可能）で回答を求めた。詳細を表 2 並びに図 2 に示す。「可能、原則可能」と回答した施設の割合が 7 割以上の項目は頻度の高い順に、「介護者がいない」、「家族がいない」、「活動性の低下など低活動性のせん妄がある」、「サンドスタチンが使用されている」、「自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症」、「意思決定能力がない」、「原疾患が白血病」、「過活動型のせん妄がある(認知症を除く)」、「ビスフォスフォネートが定期的に使用されている」、「丸山ワクチンを定期的に注射している」、「青年期患者(15 歳~19 歳)」、「認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める」、が挙げられ、一方で「可能、原則可能」と回答した施設の割合が 3 割以下の項目は、頻度の低い順に、「化学療法中(経静脈)」、「原疾患が非がん疾患で症状の緩和が必要」、「原疾患が非がん疾患の終末期」、「人工呼吸器を使用している」、「血液浄化(血液透析や腹膜透析)を定期的に行っている」、「血小板輸血が定期的に必要な」、「化学療法中(経口)」であった。

4) 良性疾患を持つ患者の入院受入れ経験

①過去 1 年間に病院全体のベッドコントロールのために、良性疾患の入院を受け入れた経験の有無：あると回答した施設が 37 施設(19.5%)、ないと回答した施設が 151 施設(79.5%)であった。

図1. 患者の状態や施設の事情などによるホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟決定の優先度の度合い

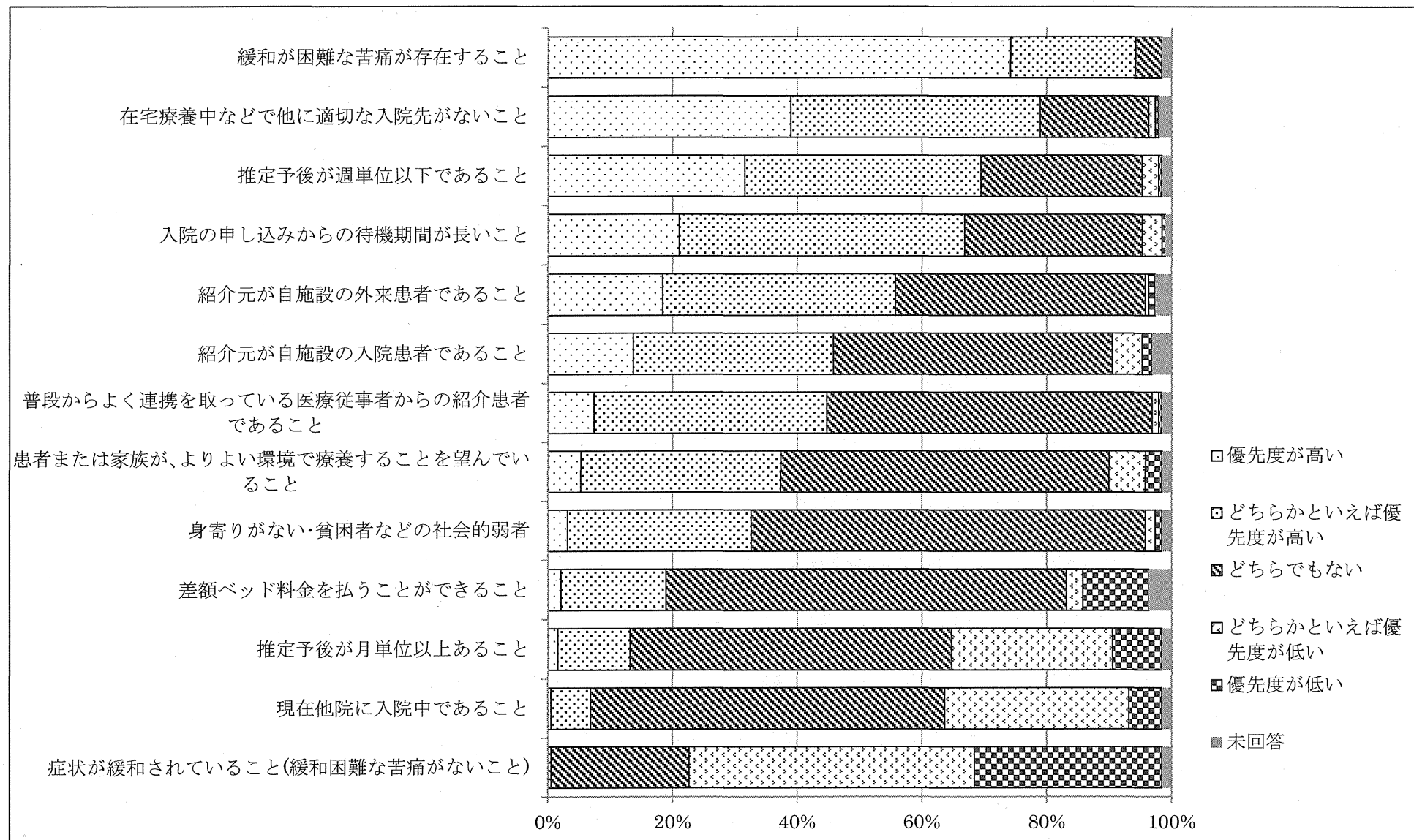
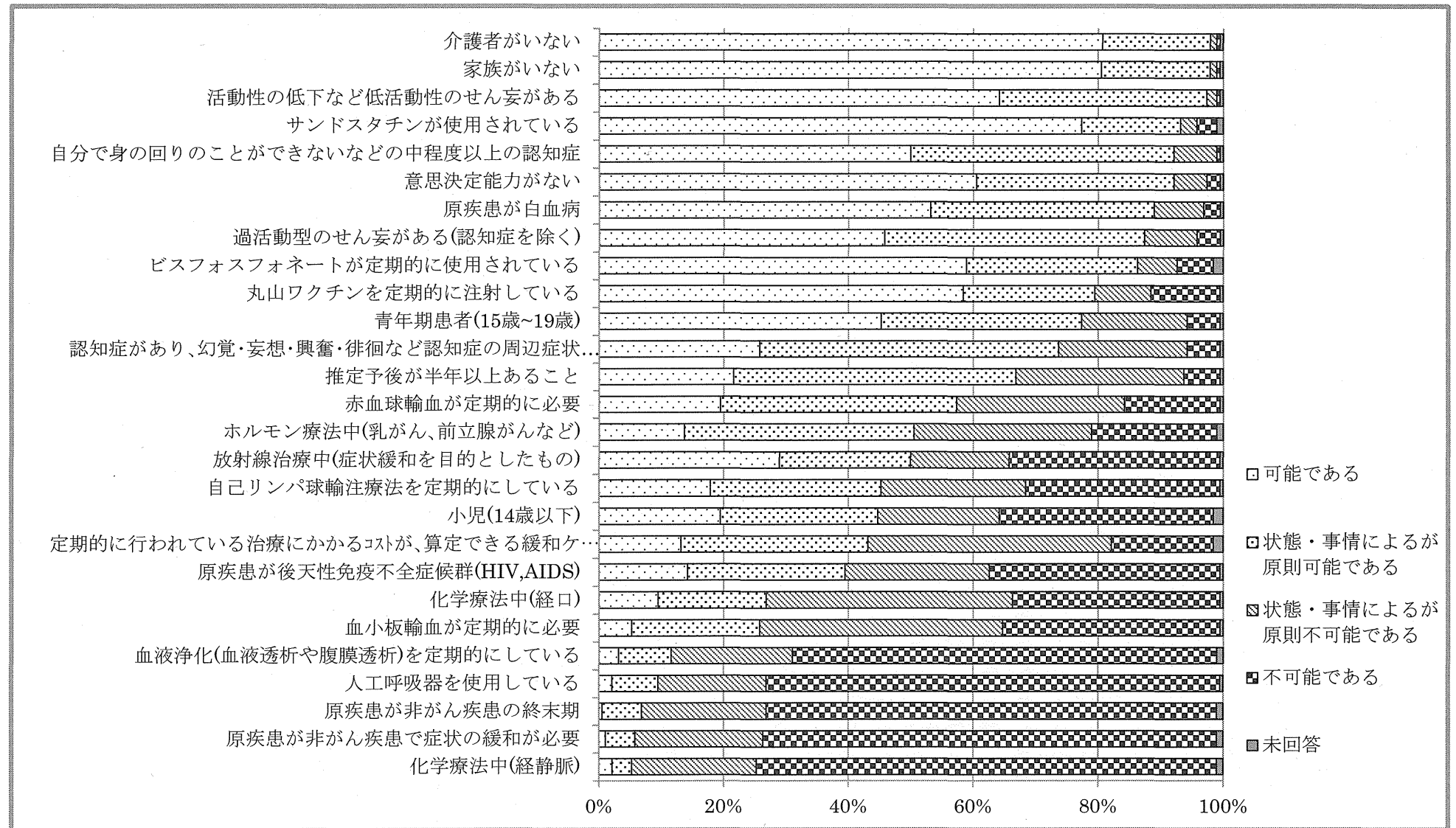


表 2. 各項目別の入院・入棟が「可能、原則可能」と回答した施設数とその割合

	項目名	施設数 (%)
7割以上 の施設が 可能	介護者がいない	188 (98.9%)
	家族がいない	186 (97.9%)
	活動性の低下など低活動性のせん妄がある	185 (97.4%)
	サンドスタチンが使用されている	177 (93.2%)
	自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症	175 (92.1%)
	意思決定能力がない	175 (92.1%)
	原疾患が白血病	169 (88.9%)
	過活動型のせん妄がある(認知症を除く)	166 (87.4%)
	ビスフォスフォネートが定期的に使用されている	163 (85.8%)
	丸山ワクチンを定期的に注射している	151 (79.5%)
	青年期患者(15歳~19歳)	147 (77.4%)
	認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める	140 (73.7%)
3割~7割 が可能	推定予後が半年以上あること	127 (66.8%)
	赤血球輸血が定期的に必要	109 (52.6%)
	ホルモン療法中(乳がん、前立腺がんなど)	96 (50.5%)
	放射線治療中(症状緩和を目的としたもの)	95 (50%)
	自己リンパ球輸注療法を定期的にしている	86 (45.3%)
	小児(14歳以下)	85 (44.7%)
	定期的に行われている治療にかかるコストが、算定できる緩和ケア病棟入院料を超えることが予想される	82 (43.2%)
3割以下 が可能	原疾患が後天性免疫不全症候群(HIV, AIDS)	75 (39.5%)
	化学療法中(経口)	51 (26.8%)
	血小板輸血が定期的に必要	49 (25.8%)
	血液浄化(血液透析や腹膜透析)を定期的にしている	22 (11.6%)
	人工呼吸器を使用している	18 (9.5%)
	原疾患が非がん疾患の終末期	13 (6.8%)
	原疾患が非がん疾患で症状の緩和が必要	11 (5.8%)
可能	化学療法中(経静脈)	10 (5.3%)

図2. 患者の状態・病状によるホスピス・緩和ケア病棟に入院が可能な度合い



5) ホスピス・緩和ケア病棟に入院する際に必要な条件について

①患者・家族の病名の理解、患者・家族の病状理解、患者・家族の DNR の承諾、患者・家族の抗がん治療の中止の承諾、患者・家族の緩和ケアの理念の理解、など 13 項目の入院・入棟に必要な度合い：4 件法（必要である—どちらかといえば必要である—どちらかといえば必要ない—必要はない）で回答を求めた。詳細を図 3 に示す。以下の条件が入院入棟に必要と回答した施設は、頻度が高い順に、患者・家族のどちらかが病名を知っていること 163 施設(85.8%)、患者・家族のどちらかがホスピス・緩和ケア病棟では抗がん治療が行われないことを理解していること 155 施設(81.6%)、患者・家族のどちらかが患者の病気が治癒しないことを知っていること 150 施設(78.9%)、患者・家族のどちらかがホスピス・緩和ケア病棟では症状の緩和や生活の質の向上に重点を置いた治療・ケアが行われることを理解していること 143 施設(75.3%)、患者・家族のどちらかが DNR(心肺停止時に蘇生処置を行わないこと)に同意していること 135 施設(71.1%)、患者がホスピス・緩和ケア病棟では抗がん治療が行われないことを理解していること 132 施設(69.5%)、患者・家族のどちらかが病状が安定している場合には退院や転院が必要になる場合があることを理解していること 119 施設(62.6%)、患者・家族のどちらかが高額な薬剤の使用・手術・放射線治療が必要になった時には一般病床への転床や転院が必要になる場合があることを理解していること 114 施設(60%)、患者がホスピス・緩和ケア病棟では症状の緩和や生活の質の向上に重点を置いた治療・ケアが行われることを理解していること 96 施設(50.5%)、患者が病名を知っていること 78 施設(%)、患者が高額な薬剤の使用・手術・放射線治療が必要になった時には一般病床への転床や転院が必要になる場合があることを理解していること 74 施設(41.1%)、患者が自分の病気が治癒しないことを知っていること 73 施設(38.4%)、患者が DNR(心肺停止時に蘇生処置を行わないこと)に同意していること 67 施設(35.3%)であった。

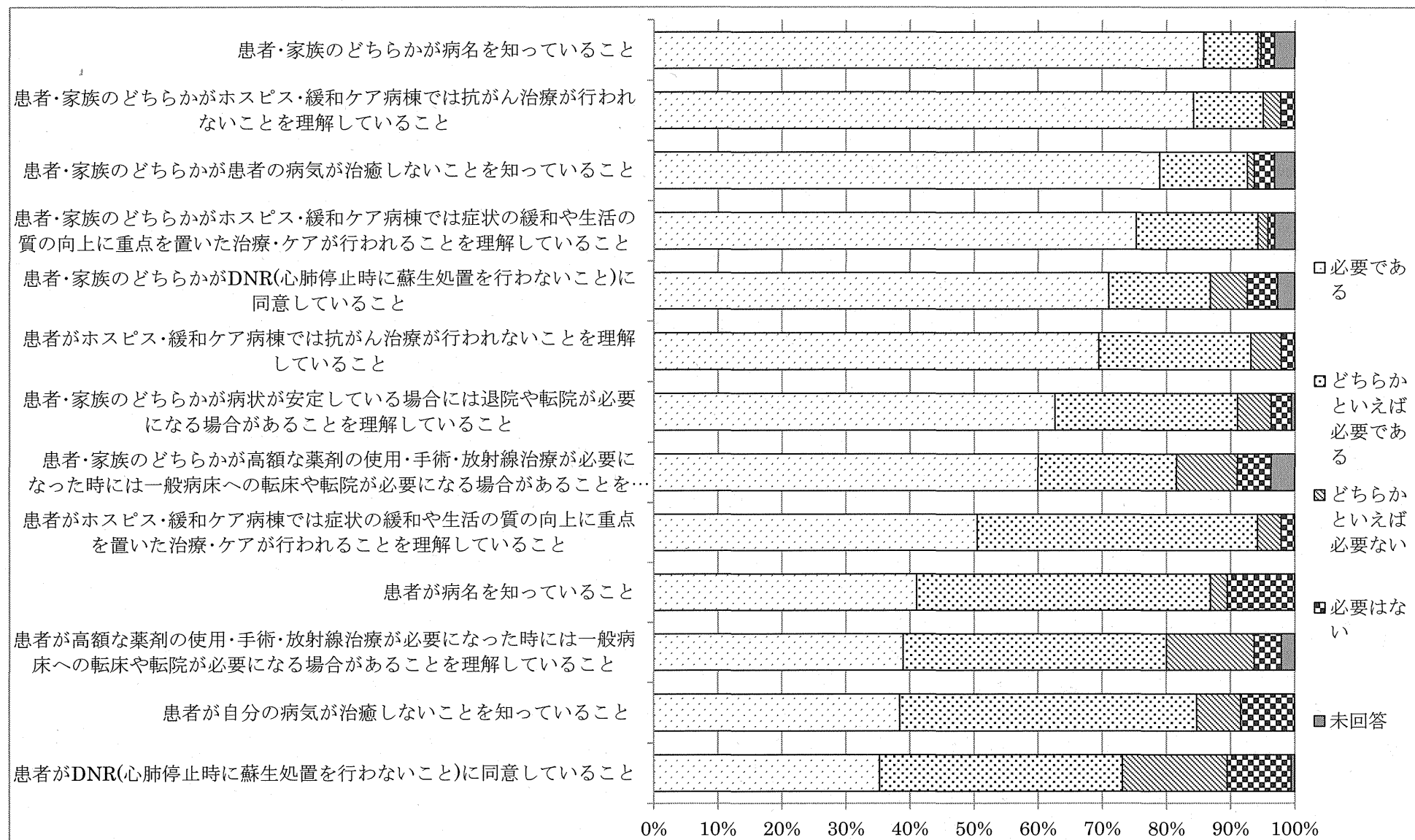
6) 病床の規模と有料室について

①稼働中の病床数：16 床～20 床と回答した施設が最も多く 85 施設(44.7%)、次いで 21 床～25 床と回答した施設が 44 施設(23.2%)、11 床～15 床と回答した施設が 37 施設(19.5%)、1 床～10 床と回答した施設が 8 施設(4.2%)、26 床～30 床と回答した施設が 8 施設(4.2%)、36 床～40 床と回答した施設が 3 施設(1.6%)、41 床以上と回答した施設が 3 施設(1.6%)、31 床～35 床と回答した施設が 2 施設(1.1%)、であった。

②有料室の有無：「有床室がある」と回答した施設は 169 施設(88.9%)、「ない」と回答した施設は 21 施設(11.1%)であった。

③料金別の有料室の病床数：回答のあった全 1,448 床の料金別の分布は、1 円～5000 円が 48 床(33.7%)、5001 円～10000 円 538 床(37.2%)、10001 円～15000 円 217 床(15.0%)、15001 円～20000 円 135 床(9.3%)、20001 円～25000 円 14 床(1.0%)、25001 円～30000 円 23 床(1.6%)、30001 円以上 33 床(2.3%)であった。

表3. ホスピス・緩和ケア病棟に入院・入棟の際に必要な条件



I. ホスピス緩和ケア病棟の入院・入棟相談について伺います

(1) あなたの勤務するホスピス・緩和ケア病棟では自施設以外もしくは自施設の関連病院以外からの入院をどの程度受け入れていますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

- | | | |
|---------------|---------------|----------------|
| 1. 受け入れていない | 2. 0%以上20%未満 | 3. 20%以上40%未満 |
| 4. 40%以上60%未満 | 5. 60%以上80%未満 | 6. 80%以上100%未満 |
| 7. 100% | | |

以下の(2)～(9)の質問は、現在該当する患者が他施設に外来通院中であり、かつ、患者・家族が担当医からの紹介状を持って入院相談に来た時のことを想定して回答してください。

(2) 入院相談※1は誰が担当して行っていますか？あてはまるものすべてに○を付けてください。

- | | | | |
|-------|--------|----------------|------------|
| 1. 医師 | 2. 看護師 | 3. 医療ソーシャルワーカー | 4. その他 () |
|-------|--------|----------------|------------|

※1:この研究で入院相談とは、ホスピス・緩和ケア病棟に入院するための相談をすることを指します。

(3) 入院相談には費用がかかりますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

- | | | |
|---------------------|------------------|----------|
| 1. 医師が担当した場合のみかかる | 2. 誰が担当しても費用がかかる | 3. かからない |
| 4. その他 (具体的に書きください) | | |

(4) (3)で『1. 医師が担当した場合のみかかる、2. 誰が担当しても費用がかかる、4. その他』と回答された方に伺います。患者自身が入院相談に来院し、医師が相談を担当した場合、相談の費用はどのようにして徴収していますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

- | |
|--|
| 1. 外来診療費として保険請求し、自己負担分を患者から徴収している |
| 2. 外来診療費として保険請求し、自己負担分は徴収していない |
| 3. 外来診療費として保険請求せず、相談費用等※2として患者から徴収している |
| 4. その他 (具体的に書きください) |

※2: この研究で相談費用等とは、面談料、セカンドオピニオン料など、保険診療外で相談のために徴収している料金を指します。

(5) (3)で『1. 医師が担当した場合のみかかる、2. 誰が担当しても費用がかかる、4. その他』と回答された方に伺います。家族のみが入院相談に来院し、医師が相談を担当した場合、相談の費用はどのようにして徴収していますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 患者の外来診療費として保険請求し、自己負担分を家族から徴収している |
| 2. 患者の外来診療費として保険請求し、自己負担分は徴収していない |
| 3. 外来診療費として保険請求せず、相談費用等※として家族から徴収している |
| 4. その他 (具体的に書きください) |

(6) (3) で『2. 誰が担当しても費用がかかる、4. その他』と回答された方に伺います。患者自身が入院相談に来院し、医師以外が相談を担当した場合、相談の費用はどのようにして徴収していますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

1. 外来診療費として保険請求し、自己負担分を患者から徴収している
2. 外来診療費として保険請求し、自己負担分は徴収していない
3. 外来診療費として保険請求せず、相談費用等*として患者から徴収している
4. その他（具体的にお書きください）

(7) (3)で『2. 誰が担当しても費用がかかる、4. その他』と回答された方に伺います。家族が入院相談に来院し、医師以外が担当した場合、相談の費用はどのようにして徴収していますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

1. 患者の外来診療費として保険請求し、自己負担分を家族から徴収している
2. 患者の外来診療費として保険請求し、自己負担分は徴収していない
3. 外来診療費として保険請求せず、相談費用等※として家族から徴収している
4. その他（具体的にお書きください）

(8) (3) で『1. 医師が担当した場合のみかかる、2. 誰が担当しても費用がかかる、4. その他』と回答された方に伺います。入院相談に費用が必要なことをどのように説明していますか？あてはまるもの1つに○を付けてください。

1. 問い合わせがあった時に電話等で事前に説明している 2. 当日説明している
3. 説明していない 4. その他（具体的にお書きください）

(9) (4)～(7)で『3. 外来診療費として算定せず、相談費用等^{*}として患者・家族から徴収している』と回答された方に伺います。相談費用等はいくらですか？具体的にお書きください。

() 円 条件等がある場合は詳細を下の空欄にご記入ください。

II. ホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟決定について伺います

(1) あなたの勤務するホスピス・緩和ケア病棟における入院・入棟の決定方法についてあてはまるものの1つに○を付けてください。

1. 毎週など定期的に行われる入院・入棟判定会議でのみ入院・入棟患者を決定している
2. 入院・入棟判定会議以外でも空床と希望者のバランスを見て随時入院患者を決定している
3. その他（具体的にお書きください）

- (2) あなたの勤務するホスピス・緩和ケア病棟における入院・入棟の優先順位について伺います。過去3か月間の入院を振り返って、それぞれの状態における入院の優先度の高さ(入院のしやすさ)について、もっともあてはまるものに1つ○を付けてください。

項目	優先度が高い	優先度が高い どちらかといえば	どちらでもない	優先度が低い どちらかといえば	優先度が低い
1. 紹介元が自施設の入院患者であること					
2. 紹介元が自施設の外来患者であること					
3. 入院の申し込みからの待機期間が長いこと					
4. 緩和が困難な苦痛が存在すること					
5. 在宅療養中などで他に適切な入院先がないこと					
6. 現在他院に入院中であること					
7. 普段からよく連携を取っている医療従事者からの紹介患者であること					
8. 推定予後が週単位以下であること					
9. 推定予後が月単位以上あること					
10. 症状が緩和されていること(緩和困難な苦痛がないこと)					
11. 患者または家族が、よりよい環境で療養することを望んでいること					
12. 差額ベッド料金を払うことができること					
13. 身寄りがいない・貧困者などの社会的弱者					