

【別添資料1】

施策による緩和ケアの変化 category (N=50)	s,No 良い方向に変化したこと sub category	ns,No 変化していないこと sub category
A 社会全体への緩和ケアの浸透	1 "緩和ケア"という言葉が普及した 2 社会全体の"がん"に対する理解が深まった	1 緩和ケアの定義が人によって異なる 2 一般市民の緩和ケアに対する意識が低い
B 緩和ケアに関する情報を得る機会の増加	3 患者・家族・一般市民が緩和ケアに関して情報を得る機会が増加した 4 医療従事者が緩和ケアに関する情報を得る機会が増加した	3 がん患者の社会的問題に関して科学的根拠となる情報が少ない 4 企業等のがん患者の生活支援商品に関する情報が集約されていない
C 緩和ケアに関する医療従事者の教育機会の増加	5 医療従事者の緩和ケアに関して研修機会が増加した 6 在宅療養に関わる医療従事者の緩和ケアに関する研修機会が増加した 7 薬剤師の緩和薬物療法認定制度がつけられた	5 開業医やがん医療に携わる医師全員の緩和ケア研修会の受講が難しい 6 緩和ケアに関する教育機会に地域格差がある 7 緩和ケア専門医がどのような専門的技術を持つべきかが不明確である 8 緩和ケア専門医が専門医として十分な教育を受けていない 9 医学教育で患者に寄り添う医療モデルが教育されていない 10 緩和ケア研修会の企画運営者の質に地域格差がある 11 薬剤師の臨床教育が不十分である 12 専門・認定看護師の役割が院内の後継者に継承されない
D 医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化	8 医療福祉従事者の緩和ケアに対する理解が深まった 9 医療従事者の医療用麻薬に対する抵抗感が減少した 10 医療従事者の緩和ケアに関する知識が向上した 11 医療従事者の緩和ケアに対する抵抗感が減少した 12 医療従事者が緩和ケアに関心を持つようになった 13 非がん患者への緩和ケアが考えられるようになった	13 医療従事者の緩和ケアに関する知識が不足している 14 医師が医療用麻薬に対する抵抗感を抱いている 15 医療従事者が緩和ケア 終末期というイメージを抱いている
E 患者・家族の緩和ケアに対する認識の変化	14 患者・家族・一般市民の緩和ケアに対する認識が高くなった 15 患者・家族の緩和ケアに対する抵抗感が減少した 16 患者の医療用麻薬に対する抵抗感が減少した	16 患者・家族が緩和ケア 終末期というイメージを抱いている 17 患者・家族が緩和ケアを十分に理解していない 18 患者・家族が緩和ケアに対する抵抗感を抱いている 19 患者・家族が医療用麻薬に対する抵抗感

				を抱いている
				20 患者・家族が緩和ケアチームの存在を知らない
				21 患者・家族ががん相談支援センターの存在を知らない
				22 患者ががん診療連携拠点病院の機能を知らない
				23 患者・家族が痛みや不安を何処で誰に訴えたらいいのか分からない
				24 患者・家族が MSW の役割を知らない
F	緩和ケアに関する医療資源・人的資源の増加	F-1 場の増加	17 緩和ケアを提供する場が増加した	25 緩和ケア病棟が少ない
		F-2 人の増加	18 緩和ケアに取り組む医療従事者が増加した 19 緩和ケアに関する専門的教育を受けた認定・専門看護師が増加した 20 緩和ケアを専門とする医師が増加した 21 精神腫瘍科医が増加した	28 緩和ケアの専門医が少ない 29 緩和ケアに関わる人的資源に地域格差がある 30 緩和ケア病棟の看護師数が少ない 31 緩和ケアに関わる精神科医が少ない 32 緩和ケアに関わる MSW が少ない
		F-3 技術の増加	22 症状緩和や支持療法に関する手段が増加した	
G	都道府県内の緩和ケア提供体制の整備			33 都道府県拠点が都道府県の中で中心的な役割を果たせていない 34 各都道府県で地域のがん医療の状況把握が不十分である
H	拠点病院の緩和ケア提供体制の整備		23 病院全体で緩和ケアに積極的に取り組むようになった 24 院内で統一した方法で疼痛管理が行える体制が整備された	35 がん患者のカウンセリング体制が整備できていない 36 緩和ケア外来が機能していない 37 病院管理者の緩和ケアに対する理解が乏しい 38 拠点病院の機能に地域格差・施設格差がある
I	医療従事者の緩和ケアに取り組む姿勢の変化		25 早期から緩和ケアが提供されるようになった 26 一般診療医が基本的な緩和ケアを提供するようになった 27 医療従事者が緩和ケアに積極的に関わるようになった 28 一般看護師が基本的な緩和ケアを提供するようになった	39 医療者が提供する緩和ケアに地域格差や施設格差、個人格差がある 40 診断時から緩和ケアを提供することが医療従事者に浸透しない

		29 患者の QOL が尊重されるようになった	
J 緩和ケアの専門家が活動する場の確立		30 院内に緩和ケアに関する相談ができる専門部門が確立した	41 緩和ケアチームのメンバーが専従・専任で業務できる状況になっていない
		31 チーム医療における薬剤師の役割が明確になった	42 緩和ケアチームがバーチャルで組織上、現実的に独立していない
		32 専門・認定看護師が組織横断的に活動する場ができた	43 緩和ケアチームの活動が組織の中で評価されない
		33 緩和ケアの専門家のネットワークができた	
K 医療従事者が提供する緩和ケアの変化	K-1 身体的苦痛へのケア	34 医療用麻薬による疼痛管理が行われるようになった	44 疼痛や苦痛に対する医療者のアセスメント能力が不足している
		35 "レスキュードーズ" が使われるようになった	45 医療用麻薬が適切に使用されていない
	K-2 精神心理的苦痛へのケア	36 精神心理的苦痛に対する支援が行われるようになった	46 医療用麻薬の服薬指導が不十分である
		37 せん妄に対するケアが行われるようになった	47 医療用麻薬の使用に施設格差がある
	K-3 社会的苦痛へのケア	38 就労支援が行われるようになった	48 治療の副作用による疼痛のコントロールが不十分である
	K-3 終末期のケア	39 鎮静の適応について検討するようになった	49 患者の悩みや不安に対するサポートが不十分である
		40 終末期には DNR を確認するようになった	50 せん妄に対するケアが不十分である
	K-4 遺族ケア	41 遺族ケアが行われるようになった	51 医師が亡くなりゆく存在である患者の気持ちに寄り添った心理的サポートができない
L 医療従事者のコミュニケーションと意思決定支援の向上		42 療養場所や療養生活に関する意思決定支援が行われるようになった	52 医療者のコミュニケーション能力が不足している
		43 診断結果や病状を伝えるコミュニケーション能力が向上した	53 治療抵抗性のある患者に対する療養場所の選択等の意思決定支援が十分に行われていない
		44 医師が病状説明を行う際に看護師が同席するようになった	54 治療抵抗性について医師が患者に上手く説明できない
			55 死が近づいていることについて医師が家族に上手く説明できない
M 多職種・多診療科によるチーム医療アプローチの充実		45 多職種によるチーム医療が進んだ	56 アドバンスケアプランニングが出来ていない
		46 精神科の診療が利用しやすくなった	57 多職種チーム医療が浸透していない
		47 診療科横断的なチーム医療が進んだ	58 がん患者へのリハビリテーションが浸透しない
		48 薬剤師による薬剤の安全管理や服薬指導が行われるようになった	

		49 がん患者にリハビリテーションが介入されるようになった 50 院内の医療従事者のコミュニケーションが円滑になった	
N	緩和ケアチームの利用の増加	51 緩和ケアチームへのコンサルテーションが医療従事者に浸透した 52 一般診療医の緩和ケアチームへのコンサルテーションに対する抵抗感が減少した	59 緩和ケアチームへのコンサルテーションに抵抗感をもち診療科がある 60 緩和ケアチームが機能していない 61 医療者に緩和ケアチームの役割が十分に認知されていない
O	患者・家族の相談支援体制の充実	53 がん相談支援が機能するようになった 54 がん患者のピアサポートが機能するようになった 55 医療従事者にがん患者の相談支援の必要性が認識された	62 がん相談支援センターが機能していない 63 妊孕性の問題・結婚・就労・育児に関する支援が不十分である 64 がん相談支援センターへの相談に抵抗感を抱いている 65 がん相談員の能力に個人差がある 66 がんの患者会やピアサポート機能が継承されない 67 社会全体の希少がん、小児がん、若年性がんに対する認識が低い
P	地域連携機能の強化	P-1 在宅医療資源の充実 56 在宅緩和ケアに関する医療資源が増加した 57 地域内に連携できる医療機関が増えた	68 在宅緩和ケアに関する医療資源に地域格差がある 69 在宅緩和ケアに関わる医療者が不足している 70 在宅緩和ケアに対応できる保険薬局が少ない 71 2次医療圏を超える地域の緩和ケアに関する医療資源の情報が不十分である
	P-2 医療従事者の認識の変化	58 医療従事者の在宅療養に対する理解が深まった	72 開業医の緩和ケアに関する知識・実践力が不足している 73 病院医師の地域連携に対する意識に個人差がある 74 開業医が在宅療養がん患者を引き受けることに抵抗感がある
	P-3 患者・家族の認識の変化	59 患者・家族の在宅療養に対する理解が深まった	75 患者・家族が在宅療養に移行することに抵抗感がある
	P-4 連携の強化	60 地域内の関係機関と連携に関する協力が得られやすくなった 61 地域の緩和ケアに関わる医療福祉従事者が集まって勉強会が行われるようになった 62 地域の医療福祉従事者との意見交換の場が増加した 63 地域の医療従事者と顔の見える関係づくりが進んだ 64 地域内の関係機関との連携が強くなった	76 地域内の病院と在宅で緩和ケアに関するスムーズな連携が難しい 77 地域内の急性期病院同士の連携がない

	65	保険薬局の薬剤師の協力が得られやすくなった	
P-5 地域で提供されるサービスの強化	66	専門家が地域の医療従事者からの相談を受けようになった	78 療養場所の移行のタイミングが遅い
	67	がん患者の転院支援や在宅への退院支援が行われるようになった	79 医療用麻薬を服用している患者を療養病床や介護施設が受け入れない
	68	地域の医療福祉従事者と退院調整会議が行われるようになった	80 医療用麻薬のデッドストックによる保健薬局の負担が大きい
	69	MSW が地域連携の窓口を担うようになった	
	70	緩和ケアチームがアウトリーチを行うようになった	
P-6 在宅で過ごす患者の増加	71	在宅療養に移行する患者が増えた	81 患者の希望に応じた療養場所の提供ができない
	72	入所介護施設が末期がん患者を受け入れるようになった	
Q 緩和ケア利用者への影響	73	緩和ケアを希望する患者が増加した	82 緩和ケアを受けられない患者がいる
	74	緩和ケアを受ける患者が増加した	
	75	がん疼痛で苦しむ患者が減少した	
	76	がん患者が対処できる心理社会的な問題の範囲が拡大した	
	77	入院がん患者が医療用麻薬を自己管理できるようになった	