

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と
医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究」
(H29-がん対策-一般-021)

平成29年度～令和元年度 総合研究報告書

研究代表者 加藤 雅志

令和元年(2020)年 5月

目 次

I. 総合研究報告

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)
調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究」

加藤 雅志 ----- 9

★添付資料 1 【医療者調査_医師】 総合_結合版

★添付資料 2 【看護師】 総合_結合版

★添付資料 3 【施設調査】 総合_結合版

★添付資料 4 支持療法に関して標準的診療を行っている医師の割合

★添付資料 5 別紙【緩和ケア指標推移】 総合_結合版

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 12

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者(医師・看護師)調査に基づく
がん緩和ケアの推進に関する研究」

研究代表者

加藤 雅志 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 部長

研究要旨 本研究の目的は、1) 全国の医療者（①医師・②看護師）を対象とする医療者調査と全国の施設を対象とする③施設調査を実施し、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す。）とそれ以外の病院の比較を行い、施設の状況に応じた緩和ケアの課題と都道府県別の緩和ケアの状況を明らかにする、2) がん対策緩和ケアの評価指標の推移を計測するとともに、目指すべき目標値の設定について検討を行うことである。医療者調査・施設調査は、2017年度：拠点病院、2018年度：拠点病院以外の病院、2019年度：診療所・訪問看護ステーションを対象に調査を実施した。1) 医療者調査の結果、施設別では2008年と比較して、拠点病院以外の医師・看護師間で緩和ケアに関する知識等が大きく増加しており、拠点病院だけでなく、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが示唆された。また、本調査によって、初めて都道府県別の医師・看護師の緩和ケアの実態把握を試みた。今後、全国平均値との比較など、更なる解析・検討を進めて行くことが必要である。施設調査の結果は、拠点病院と比較して拠点病院以外の緩和ケア提供体制の整備が遅れていることが示された。都道府県別の結果については、更なる検討が必要である。2) がん対策の評価指標については、政府統計や各協力機関等からデータを収集し、推移を検証した。研究者間で目標値の設定については、引き続き議論を行い、目標値の設定が可能な項目については検討を進めて行くことが必要である。

<分担研究者>

木澤 義之

(神戸大学医学部附属病院・緩和支援治療科 特命教授)

森田 達也

(聖隷三方原病院 緩和支援治療科 副院長)

小川 朝生

(国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 科長)

宮下 光令

(東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野 教授)

中澤 葉字子

(国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部 研究員)

A. 研究目的

わが国では、緩和ケアを推進するために様々な施策が実施されてきた。先行研究において、全国の医療者の緩和ケア変化を明らかにしたが、都道府県別や施設の状況別の分析が課題となっている。本研究の目的は、1) 全国医療者調査と施設調査を実施し、拠点病院と非拠点病院の比較を行い、施設の状況に応じた緩和ケアの課題を明らかにする。また、都道府県別の緩和ケアの状況を明らかにする、2) 緩和ケア評価指標の推移を計測するとともに、目指すべき目標値の設定について検討を行うことである。

わが国では、これまでがん対策として「緩和ケアの推進」が進められ、全国で様々な施策は実施されてきた。先行研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究、研究代表者：加藤雅志(H25-H26)」では、2015年に医師・看護師の緩和ケアに関する全国調査を実施し、2008年からの変化を明らかにした。一方で調査により、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケア知識・実践は十分で

はないことが示された。

しかしながら、拠点病院以外の施設の緩和ケアの取り組み状況に関する課題を明らかにするとともに、都道府県別の施設の取り組みの状況を明らかにすることが課題となっていた。

本研究の目的は、施設の全国調査を行うことによって、全国の緩和ケアの取り組み状況を把握するとともに、都道府県別・施設種別による取り組み状況の違いを明らかにする。

なお、医療者調査・施設調査については、2017年度は拠点病院、2018年度は拠点病院以外の病院、2019年度は診療所・訪問看護ステーション（医療者調査のみ）を対象に調査を実施した。

B. 研究方法

1) 医療者（医師・看護師）調査

医師・看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践の経時的変化・都道府県別および施設種別による違いを検証するため、医師59,690名、看護師45,480名を対象に、匿名自記式質問紙調査を行った。

2) 施設調査

病院の緩和ケアの提供体制について、都道府県別および施設種別による違いを明らかにするため、全国のがん診療連携拠点病院434施設、拠点病院以外の病院6911施設の施設長・緩和ケア担当者を対象に、記名式の自記式質問紙調査を行った。

3) がん対策緩和ケアの評価指標の推移検証と目標値の設定

がん対策緩和ケアの進捗状況を評価する15指標について、可能なデータの更新を行うとともに、研究者間で目標値の設定方法についての検討を行った。

4) 倫理的配慮

本研究は、医療者を対象とする調査であり、国立がん研究センターの研究倫理審査の対象外ではあるが、疫学研究に関する倫理指針に従い調査を実施した。

C. 研究結果

1) 回答数

回答数は表1-1. 医師調査結果、表2-1. 看護師調査結果、表3-1. 施設調査結果に示した。

表1-1. 医師調査結果 回答数

種別	対象数	回答数(%)	解析数(%)
拠点	36654	6479 (18)	4198 (11)
非拠点	18900	4390 (23)	2019 (11)
診療所	4136	1343 (20)	461 (11)
合計	59690	12212 (20)	6687 (11)

表2-1. 看護師調査結果 回答数

種別	対象数	回答数(%)	解析数(%)
拠点	25319	7648 (30)	7514 (30)
非拠点	18093	6694 (37)	6533 (36)
訪問看護	2068	977 (47)	944 (46)
合計	45480	15319 (33)	14991 (33)

表3-1. 施設調査結果 回答数

種別	対象数	回答数 (%)	解析数 (%)
拠点	434	381 (88)	380 (88)
非拠点	6911	1911 (28)	1395 (20)
合計	7345	2292 (31)	1775 (24)

2) 回答者背景

各調査の回答者背景・施設背景は、表1-2. 医師調査結果、表2-2. 看護師調査結果、表3-2. 施設調査結果に記載した。

3) ① 医療者調査 医師の緩和ケアの変化

2008年からの知識スコアの合計正答率（調整平均値）の変化は、拠点病院（2017年）：2.1ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：5.5ポイント、診療所（2019年）は6.9ポイントそれぞれ増加した。詳細は、表1-3～表1-5. 医師調査結果に示した。

3) ② 医療者調査 支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合

がん拠点病院と非がん拠点病院の医師について、支持療法に関して標準診療を行っている医師の割合についても分析を行った（表4）。

①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合（注）：がん拠点病院69.1%、非がん拠点病院70.7%、

②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合：がん拠点病院59.4%、非がん拠点病院59.1%

③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合：がん拠点病院65.4%、非がん拠点病院66.7%

④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合：がん拠点病院47.6%、非がん拠点病院48.8%

（注）「がん疼痛のある患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している」「がん疼痛の

ある患者に対して、あるオピオイドを一定量投与しても効果がないときは、異なるオピオイドを使用することを検討している」「オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合（突出痛）には、定期量の6分の1を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている」の3つの質問に対する回答割合の平均値

4) 医療者調査 看護師の緩和ケアの変化

2008年からの知識スコアの合計正答率（調整平均値）の変化は、拠点病院（2017年）：2.2ポイント、拠点病院以外の病院（2018年）：5.2ポイント、訪問看護ステーション（2019年）：1.6ポイントそれぞれ増加した。詳細は表2-3～表2-6. 看護師調査結果に示した。

5) ① 施設調査

緩和ケアチームが有る施設のうち、専従の身体症状担当医師がいる施設は、全体35%、非拠点病院19%、拠点病院52%だった。緩和ケアチームがない施設のうち、身体症状の緩和を担当する医師がいると回答した施設は全体37%、非拠点病院39%だった。

施設の緩和ケア提供体制について有意差が認められたのは「抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働している」であり、概ねできている・できていると回答した施設は全体44%、非拠点病院35%、拠点病院77%（ $P < 0.001$ ）だった。詳細は表3-3～表3-8. 施設調査結果に示した。

5) ② 非がん拠点病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が、年間50件以上の病院数

拠点病院以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が、年間50件以上の病院数について分析したところ、215病院であった。本数値については、緩和ケアチームを有する非がん拠点病院のうち、緩和ケア担当者から回答が得られた430病院を分母としている。

また、平成29年医療施設調査において緩和ケアチーム有と回答した全国1086病院から、がん診療連携拠点病院等の434病院を除いた病院数は652病院であることから、「緩和ケアチームを有する全国の非がん拠点病院数」はその652病院と想定した。

6) がん対策緩和ケアの評価指標の推移検証と目標値の設定

評価指標の推移は、別紙に記載した。

D. 考察

医療者調査の結果、施設別では2008年と比較して、拠点病院以外の医師・看護師間で緩和ケアに関する知識等が大きく増加しており、拠点病院だけでなく、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが示唆された。また、本調査によって、初めて都道府県別の医師・看護師の緩和ケアの状況を示すことができた。今後は、全国平均値との比較など、更なる解析・検討を進めて行くことが必要である。

施設調査の結果は、拠点病院と比較して拠点病院以外の病院の緩和ケア提供体制の整備が遅れていることが示され、拠点病院以外の病院の緩和ケア提供体制の整備を支援する必要性が示唆された。なお、都道府県別の結果については、サンプル数が十分に確保できない都道府県もあるため、結果の解釈には更なる検討が必要である。

がん対策緩和ケアの評価指標については、今後も継続して指標の推移を検証する必要がある。また、目標値の設定については、研究者間の検討を踏まえ、目標値の設定が可能な項目については、検討を進めて行く必要がある。

これまでのがん対策緩和ケア指標に加えて、新たに第3期がん対策推進基本計画の中間評価に向けた指標として「拠点病院以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が、年間50件以上の病院数」「支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合」の算出が求められており、本研究班において、新たにこれらの現状について明らかにした。今後、継続的にこれらの指標を追加したうえで、わが国の緩和ケアの進捗状況について評価していくことが重要だと考える。

E. 結論

2008年と比較して、拠点病院以外の医師・看護師の緩和ケアの質の向上が進んでいることが示唆された。一方で、施設の緩和ケア提供体制については、拠点病院と比較して、拠点病院以外の病院の緩和ケア提供対の整備が遅れていることが示された。また、本調査によって、都道府県別の医療者の緩和ケアの状況や、施設の緩和ケア提供体制の状況を明らかにしていく予定である。

F. 研究発表

なし

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 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

なし

別紙4

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
加藤雅志.			がん・生殖医療ハンドブック 大須賀 稜 鈴木 直 編集 短時間のうちに多くの意思決定を迫られる患者にどう関わる？—がん相談支援センターがん専門相談員の立場から.	メディカ出版	大阪	2017	pp313-pp318
加藤雅志			緩和ケアと精神保健. 第6版精神保健福祉士養成セミナー第2巻 精神保健学・精神保健の課題と支援.	へるす出版	東京	2017	pp164-179
木澤義之他			いのちの終わりにどうかかわるか	医学書院	東京都	2017年	全項
森田達也.他		ガイドライン統括委員会 (編集)	がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版.	金原出版株式会社	東京	2018	
森田達也.他			3ステップ実践緩和ケア [第2版].	(株)青海社,	東京	2018	
森田達也.		José L. Pereira (著者), 丹波嘉一郎, 大中俊宏 (監訳)	Pallium Canada 緩和ケアポケットブック Pallium Palliative Pocketbook Second Edition.	メディカル・サイエンス・インターナショナル,	東京	2017	
森田達也.		日本がんサポーターブケア学会 (編)	がん薬物療法に伴う抹消神経障害マネジメントの手引き	金原出版	東京	2017	
小川朝生.			精神的ケア. In: 大江裕一郎, 鈴木健司, editor. インフォームドコンセントのための図説シリーズ 肺がん 改訂5版.	医薬ジャーナル社	大阪	2017	
小川朝生.			あなたの患者さん、認知症かもしれません.	医学書院	東京都	2017	
○小川朝生.			(3) 精神的ケア. 大江裕一郎, 鈴木健司, インフォームドコンセントのための図説シリーズ 肺がん 改訂5版.	医薬ジャーナル社		2017	212-6.

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
akashita A, Kizawa Y, Kato M, Akizuki N, Nakazawa Y, Kaizu M, Yano K, Sato T, Tokoro A.	Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Team in Japan Using a Modified Delphi Method.	Journal of Pain and Symptom Management,	56(5)	746-751	2018
Yoshida S, Ogawa C, Shimizu K, Kobayashi M, Inoguchi H, Oshima Y, Dotani C, Nakahara R, <u>Kato M.</u>	Japanese physicians' attitudes toward end-of-life discussion with pediatric patients with cancer.	Supportive Care in Cancer,	26(11)	3861-3871.	2018
Takeuchi E, <u>Kato M.</u> , Miyata K, Suzuki N, Shimizu C, Okada H, Matsunaga N, Shimizu M, Moroi N, Fujisawa D, Mimura M, Miyoshi Y.	The effects of an educational program for non-physician health care providers regarding fertility preservation.	Supportive Care in Cancer,	26(10)	3447-3452.	2018
Nakazawa Y, Yamamoto R, <u>Kato M.</u> , Miyashita M, Kizawa Y, Morita T.	Improved Knowledge of and Difficulties in Palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan: association With a nation-wide palliative care education program.	Cancer.	124(3)	626-635.	2018
Nakazawa Y, <u>Kato M.</u> , Miyashita M, Morita T, Kizawa Y.	Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015.	Journal of Pain and Symptom Management	55(2)	402-412.	2018
Miyoshi Y, Yorifuji T, Horikawa R, Takahashi I, Nagasaki K, Ishiguro H, Fujiwara I, Ito J, Obayashi M, Fujisaki H, <u>Kato M.</u> , Shimizu C, Kato T, Matsumoto K, Sagino H, Takimoto T, Okada H, Suzuki N, Yokoya S, Ogata T, Ozono K.	Childbirth and fertility preservation in childhood and adolescent cancer patients: a second national survey of Japanese pediatric endocrinologists.	Clin Pediatr Endocrinol,	26(2)	81-88	2017
Okamoto Y, <u>Kizawa Y.</u> et al.	Bereaved Family Members' Perceptions of the Distressing Symptoms of Terminal Patients With Cancer.	American Journal of Hospice & Palliative Medicine.		1-6	2018
Shibata N, Kizawa Y, et al.	Palliative Care based on Antemortem Diagnosis in a Case of Nonbacterial Thrombotic Endocarditis with Concomitant Repeated Systemic Embolization.	Internal Medicine.			2018
Masukawa K, Kizawa Y, et al.	The Japan Hospice and Palliative Evaluation Study 4: a cross-sectional questionnaire survey.	BMC Palliative Care.			2018

Yotani N, Kizawa Y.	Specialized Palliative Care for Children in Japan JSPM 2018. Journal of Pain and Symptom Management.		Vol.56 No.4	582-587	2018
Omae T, Yotani N, Sakashita A, Kizawa Y.	Number of Unused Medications at the Time of Last Admission: A Prospective Observational Study in a Single Palliative Care Unit.	American Journal of Hospice & Palliative Medicine.	Vol.35 (12)	1498-1504	2018
Hamano J, Kizawa Y, et al.	Trust in Physicians, Continuity and Coordination of Care, and Quality of Death in Patients with Advanced Cancer.	J Palliat Med.	20(11)	1252-1259.	2017
Yamaguchi T, Kizawa Y, et al.	Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care.	J Pain Symptom Manage.	54 (1)	17-26.	2017
Hatano Y, Kizawa Y, et al.	The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status.	Psycho-Oncology.	26(11)	1959-1964.	2017
Kanoh A, Kizawa Y, et al.	End-of-life care and discussions in Japanese geriatric health service facilities: A nationwide survey of managing directors' viewpoints.	American Journal of Hospice and Palliative Medicine.			2017
Miura H, Kizawa Y, et al.	Benefits of the Japanese version of the advance care planning facilitators education program.	Geriatr Gerontol Int.		350-352.	2017
Yamamoto S, Kizawa Y, et al.	Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors.	J Pain Symptom Manage.	53 (5)	862-870	2017
Morita T, Imai K, Yokomichi N, Mori M, Kizawa Y, Tsuneto S.	Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research.	J Pain Symptom Manage.	53(1)	146-152.	2017
Nakazato K, Shiozaki M, Hirai K, Morita T, Tatara R, Ichihara K, Sato S, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	Verbal communication of families with cancer patients at end of life: A questionnaire survey with bereaved family members.	Psycho-Oncology	27	155-162	2018.
Mori M, Fujimori M, Hamano J, Naito AS, Morita T.	Which physicians' behaviors on death pronouncement affect family-perceived physician compassion? A randomized, scripted, video-vignette study.	J Pain Symptom Manage	55(2)	189-197	2018

Sakashita A, Morita T, Kishino M, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	Which research questions are important for the bereaved families of palliative care cancer patients? A nationwide survey.	J Pain Symptom Manage	55(2)	379-386	2018
Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y.	Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: An analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015.	J Pain Symptom Manage	55(2)	402-412	2018
Minoura T, Takeuchi M, Morita T, Kawakami K.	Practice patterns of medications for patients with malignant bowel obstruction using a nationwide claims database and the association between treatment outcomes and concomitant use of H ₂ -blockers/Proton pump inhibitors and corticosteroids with octreotide.	J Pain Symptom Manage	55(2)	413-419	2018
Hamano J, Morita T, Ikenaga M Abo H, Kizawa Y, Tsuneto S.	A nationwide survey about palliative sedation involving Japanese palliative care specialists: Intentions and key factors used to determine sedation as proportionally appropriate.	J Pain Symptom Manage	55(3)	785-791	2018
Mori M, Yoshida S, Shiozaki M, Morita T, Baba M, Aoyama M, Kizawa Y Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	"What I did for my loved one is more important than whether we talked about death": A nationwide survey of bereaved family members.	J Palliat Med	21(3)	335-341	2018
Hatano Y, Morita T, Otani H, Igarashi N, Shima Y, Miyashita M.	Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units.	J Palliat Med	21(3)	368-372	2018
Ishida M, Onishi H, Morita T, Uchitomi Y, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M.	Communication disparity between the bereaved and others: What hurts them and what is unhelpful? A nationwide study of the cancer bereaved.	J Pain Symptom Manage	55(4)	1061-1067	2018
Watanabe YS, Miura T, Okizaki A, Tagami K, Matsumoto Y, Fujimori M, Morita T, Kinoshita H.	Comparison of indicators for achievement of pain control with a personalized pain goal in a comprehensive cancer center.	J Pain Symptom Manage	55(4)	1159-1164	2018
Hanada R, Yokomichi N, Kato C, Miki K, Oyama S, Morita T, Kawahara R.	Efficacy and safety of reinfusion of concentrated ascitic fluid for malignant ascites: a concept-proof study.	Support Care Cancer	26(5)	1489-1497	2018
Mori M, Morita T, Yokomichi N, Nitto A, Takahashi N, Miyamoto S, Nishie H, Matsumoto J, Sakurai H, Ishihara T, Tarumi Y, Ogawa A.	Validation of the Edmonton symptom assessment system: ascites modification.	J Pain Symptom Manage	55(6)	1557-1563,	2018

Hamano J, Morita T, Mori M, Uchitomi Y.	Talking about palliative sedation with the family: Informed consent vs. assent and a better framework for explaining potential risks.	J Pain Symptom Manage	56(3)	e5-e8	2018
Kako J, Morita T, Yamaguchi T, Kobayashi M, Sekimoto A, Kinoshita H, Ogawa A, Zenda S, Uchitomi Y, Inoguchi H, Matsushima E.	Fan therapy is effective in relieving dyspnea in patients with terminally ill cancer: A parallel-arm, randomized controlled trial.	J Pain Symptom Manage	56(4)	493-500	2018
Ogawa A, Kondo K, Takei H, Fujisawa D, Ohe Y, Akechi T.	Decision-Making Capacity for Chemotherapy and Associated Factors in Newly Diagnosed Patients with Lung Cancer.	The oncologist	23(4)	489-95	2018
Kako J Kobayashi M, Kanno Y, Ogawa A, Miura T, Matsushima Y.	The Optimal Cutoff Point for Expressing Revised Edmonton Symptom Assessment System Scores as Binary Data Indicating the Presence or Absence of Symptoms.	The American journal of hospice & palliative care.	35(11)	1390-1393.	
Ogawa A, Okumura Y, Fujisawa D, Takei H, Sasaki C, Hirai K, et al.	Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial.	Support Care Cancer.	PubMed		
Nakanishi M Okumura Y, Ogawa A.	Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals.	International Psychogeriatrics.	:(7)	991-1000	
Sakata N, Okumura Y, Fukushima K, Nakanishi M, Ogawa A.	Dementia and Risk of 30-Day Readmission in Older Adults After Discharge from Acute Care Hospitals.	Journal of the American Geriatrics Society.	66(5)	871-8.	
○Hirooka K, Fukahori H, Takasu K, Togari T, Ogawa A.	Quality of death, rumination, and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care.	Psychooncology		2017	
○Hirooka K, Fukahori H, Takasu K, Togari T, Ogawa A.	Examining Posttraumatic Growth Among Bereaved Family Members of Patients With Cancer Who Received Palliative Care at Home.	Am J Hosp Palliat Care.		2017	

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
加藤雅志, 他	がんサバイバーシップとしての妊孕性温存への支援 がん専門相談員の立場から. ヘルスケアプロバイダーのためのがん・生殖医療.	メディカ出版		pp38-pp41	2019
加藤雅志, 他	緩和ケアチームセルフチェックプログラムの実施可能性に関する多施設調査.	Palliative Care Research	13(2)	195-200	2018
加藤雅志.	国の動向と担当者として考えていたこと 国の施策と行政の立場からの関わり. ホスピス緩和ケア白書2018.	青海社		pp2-5	2018
加藤雅志, 他	がん・生殖医療ハンドブック 短時間のうちに多くの意思決定を迫られる患者にどう関わる?—がん相談支援センターがん専門相談員の立場から.	メディカ出版		pp313-pp318	2017
加藤雅志.	緩和ケアと精神保健. 第6版精神保健福祉士養成セミナー第2巻 精神保健学 - 精神保健の課題と支援.	へるす出版,		pp164-179,	2017
加藤雅志.	緩和ケアとがん対策基本法	精神科	31(4)	275-280	2017
加藤雅志.	がん診療の地域医療連携の現状—積極的に参加しよう—	Medical Practice	Vol.34	24-29	2017
木澤義之他	緩和ケアの研修, 自己研鑽に関する若手医師の考え: 質問紙調査の自由記述の質的分析	ホスピス Palliat Care Res	13巻2号	175-179	2018
木澤義之	患者・家族の意向を尊重した意思決定支援、特にアドバンス・ケア・プランニング (ACP) について	看護	70巻7号	71-75	2018
木澤義之	ACPの国際学会に参加しました	緩和ケア	Vol.28No.4	313-314	2018
木澤義之	終末期の「推定意思」も重要	週間東洋経済	第6806号	P40	2018
木澤義之他	透析患者のがん末期の緩和ケアにおける薬物療法の関わり方	臨床透析	Vol.34No.10	73-78	2018
木澤義之他	緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか	Palliat Care Res	13巻3号	297-303	2018

木澤義之	人生の最期をどう過ごすかー人生の過ごし方や価値観にあった医療・ケアを実践するために	耳 SRL 宝函	Vol.39No.3	39-44	2018
木澤義之、長江弘子 他	【「生きる」を考える】人生の最終段階を見据えたアドバンス・ケア・プランニング	日本看護協会出版会		p 186-196	2017
木澤義之、小川朝生、 木澤義之、山本亮	【新版 がん緩和ケアガイドブック】エンド・オブ・ライフケア	青海社		p 95-105	2017
森田達也,他	「早期緩和ケア」「オンコロジーと緩和ケアの連携」「がんと診断されたときからの緩和ケア」のちがいを。	緩和ケア	28(1)	5-10	2018
森田達也.	診断時からの緩和ケアを成り立たせる臨床モデルは何か？.	緩和ケア	28(1)	11-16	2018.
森田達也,他	日本のがん疼痛とオピオイド量の真実 第3回 日本のがん患者の疼痛の頻度とPain Management Indexに関するメタ分析.	緩和ケア	28(1)	42-49	2018.
森田達也,他	落としてはいけないKey article第19回実臨床でどうしたらいいかわからないことを「心理実験」で明らかにする.	緩和ケア	28(1)	56-62	2018.
森田達也	緩和ケア口伝ー現場で広がるコツと御法度. 眠気にベモリン (とカフェイン) .	緩和ケア	28(2)	126-127	2018.
森田達也,他	落としてはいけないKey article第20回オキシコンチンの投与開始時にプロクロルペラジンの予防投与は効果がなさそうだ.	緩和ケア	28(2)	130-135	2018.
森田達也.	2. 緩和ケアにおける臨床研究A. 黎明期から現在まで. ホスピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法ーこれまでの10年これからの10年. (公益財団法人日本ホスピス他	東京	10-16	2018.
森田達也,他	緩和ケアの研修、自己研鑽に関する若手医師の考え: 質問紙調査の自由記述の質的分析.	Palliat Care Res	13(2)	175-179	2018.
森田達也,他	進行がん患者と家族の食に関する苦悩への緩和ケアと栄養サポート.	Palliat Care Res	13(2)	169-174	2018.
森田達也.	明るい面に目を向ける 希望はいいものだ.	緩和ケア	28(6月増刊)	7-9	2018.
森田達也.	遺族の声を臨床に生かす〜J-HOPE3研究 (多施設遺族調査) からの学び〜 付帯20 終末期がん患者にみられる「故人やあの世をみた体験」に関する研究.	がん看護	23(5)	518-520	2018.
森田達也.	落としてはいけないKey article第22回AIと行動経済学は緩和ケアを変えるか?	緩和ケア	28(4)	302-308	2018.
森田達也,他	落としてはいけないKey article第23回ガイドラインにしたがって制吐剤を選択するのは意味がない?	緩和ケア	28(5)	384-389	2018.

森田達也,他	緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか。	Palliat Care Res	13(3)	297-303	2018.
小川朝生	認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業 認知症の緩和ケア。	日本精神科病院協会雑誌.	37(7)	44-9	2018.
小川朝生	急性期病院入院患者、認知症合併で治療アウトカム低下-多職種で支援するための教育プログラムを開発。	月刊薬事.	60(11)	9-11.	2018.
小川朝生	私の処方 せん妄.	Modern Physician.	38(8)	896.	2018.
小川朝生	5.何か見えるとって徘徊する(せん妄) .外来・病棟でよくみる精神症状対応マニュアル.	月刊薬事増刊号	60(10)	104-11	2018.
小川朝生	コンサルテーションは梁山泊だよ.	緩和ケア	28(6月増刊号)	134-6.	2018.
小川朝生	第3次がん対策推進基本計画について.	心と社会	49(2)	86-95.	2018.
小川朝生	うつ病・適応障害.	medicina.	55(11)	1756-8.	2018.
小川朝生	Non-convulsive status epilepticus(非けいれん性てんかん重積状態) .	緩和ケア	28(5)	367	2018.
小川朝生	認知症がん患者への対応.	新薬と臨牀.	67(11)	62-9.	2018.

表1-2. 医師調査結果

対象者背景		回答割合 (n, %)																
		拠点病院				拠点以外の病院				診療所				全体				
		2008 (n=4826)	2015 (n=810)	2017 (n=4198)	P	2008 (n=23571)	2015 (n=1360)	2018 (n=2019)	P	2008 (n=20090)	2015 (n=550)	2019 (n=461)	P	2008 (n=48487)	2015 (n=2720)	2017-19 (n=6678)	P	
年齢	mean(±SD)	42.4 (9.6)	41.8 (10.0)	42.0 (9.6)		45.3 (11.3)	44.2 (11.4)	49.2 (11.9)		57.7 (12.2)	56.0 (8.2)	61.3 (10.1)		50.1 (13.2)	45.9 (11.6)	45.5 (11.7)		
	～29歳	458 (9)	78 (10)	410 (10)	0.095	1594 (7)	134 (10)	105 (5)	<.0001	18 (0)	0 (0)	0 (0)	<.0001	2070 (4)	212 (8)	515 (8)	<.0001	
	30～39歳	1517 (31)	295 (36)	1417 (34)		6328 (27)	390 (29)	360 (18)		912 (5)	17 (3)	7 (2)		8757 (18)	702 (26)	1784 (27)		
	40～49歳	1672 (35)	241 (30)	1396 (33)		7713 (33)	392 (29)	534 (26)		4651 (23)	103 (19)	50 (11)		14036 (29)	736 (27)	1980 (30)		
	50～59歳	944 (20)	149 (18)	760 (18)		5190 (22)	295 (22)	598 (30)		6653 (33)	222 (40)	128 (28)		12787 (26)	666 (24)	1486 (22)		
性別	60歳～	209 (4)	44 (5)	203 (5)		2600 (11)	142 (10)	418 (21)		7745 (39)	207 (38)	275 (60)		10554 (22)	393 (14)	896 (13)		
	男性	4208 (87)	645 (80)	3317 (79)	<.0001	20236 (86)	1116 (82)	1614 (80)	<.0001	18517 (92)	498 (91)	432 (94)	0.090	42961 (89)	2259 (83)	5363 (80)	<.0001	
主診療科	女性	595 (12)	164 (20)	869 (21)		3203 (14)	238 (18)	398 (20)		1450 (7)	52 (9)	28 (6)		5248 (11)	454 (17)	1295 (19)		
	内科	1270 (26)	212 (26)	1025 (24)	<.0001	8786 (37)	447 (33)	684 (34)	0.009	12992 (65)	323 (59)	291 (63)	0.153	23048 (48)	982 (36)	2000 (30)	<.0001	
臨床経験年数	外科	1577 (33)	195 (24)	1041 (25)		7336 (31)	342 (25)	568 (28)		2454 (12)	54 (10)	44 (10)		11367 (23)	591 (22)	1653 (25)		
	産科/婦人科	370 (8)	53 (7)	315 (8)		1334 (6)	71 (5)	79 (4)		897 (4)	11 (2)	6 (1)		2601 (5)	135 (5)	400 (6)		
	泌尿器科	294 (6)	35 (4)	258 (6)		1408 (6)	64 (5)	115 (6)		852 (4)	30 (5)	47 (10)		2554 (5)	129 (5)	420 (6)		
	眼科/耳鼻咽喉科	235 (5)	31 (4)	267 (6)		872 (4)	52 (4)	38 (2)		671 (3)	15 (3)	1 (0)		1778 (4)	98 (4)	306 (5)		
	小児科	80 (2)	9 (1)	105 (3)		332 (1)	12 (1)	13 (1)		147 (1)	1 (0)	2 (0)		559 (1)	22 (1)	120 (2)		
	麻酔科/緩和医療科	187 (4)	33 (4)	183 (4)		638 (3)	43 (3)	109 (5)		169 (1)	6 (1)	6 (1)		994 (2)	82 (3)	298 (4)		
	放射線科	329 (7)	62 (8)	226 (5)		775 (3)	62 (5)	28 (1)		78 (0)	5 (1)	0 (0)		1182 (2)	129 (5)	254 (4)		
	精神科	51 (1)	12 (1)	55 (1)		176 (1)	10 (1)	7 (0)		91 (0)	4 (1)	1 (0)		318 (1)	26 (1)	63 (1)		
	その他	237 (5)	70 (9)	267 (6)		702 (3)	56 (4)	66 (3)		68 (0)	4 (1)	3 (1)		1007 (2)	130 (5)	336 (5)		
	皮膚科	150 (3)	13 (2)	186 (4)		784 (3)	43 (3)	29 (1)		627 (3)	19 (3)	1 (0)		1561 (3)	75 (3)	216 (3)		
	在宅診療経験	～4年	512 (11)	88 (11)	408 (10)	0.000	1936 (8)	146 (11)	130 (6)	<.0001	111 (1)	4 (1)	0 (0)	<.0001	2559 (5)	238 (9)	538 (8)	<.0001
		5～9年	700 (15)	178 (22)	667 (16)		2991 (13)	222 (16)	212 (11)		340 (2)	7 (1)	8 (2)		4031 (8)	407 (15)	887 (13)	
		10～19年	1725 (36)	275 (34)	1626 (39)		7434 (32)	409 (30)	458 (23)		2799 (14)	61 (11)	24 (5)		11958 (25)	745 (27)	2108 (32)	
20年～		1871 (39)	268 (33)	1487 (35)		11069 (47)	579 (43)	1208 (60)		16619 (83)	476 (87)	426 (92)		29559 (61)	1323 (49)	3121 (47)		
看取り患者数/年	有り	1141 (24)	147 (18)	579 (14)	<.0001	7310 (31)	287 (21)	540 (27)	<.0001	13969 (70)	362 (66)	326 (71)	0.090	22420 (46)	796 (29)	1445 (22)	<.0001	
	0人	703 (15)	187 (23)	1240 (30)	<.0001	3183 (14)	258 (19)	327 (16)	<.0001	7329 (36)	285 (52)	232 (50)	<.0001	11215 (23)	730 (27)	1799 (27)	<.0001	
	～9人	2538 (53)	444 (55)	2413 (57)		13989 (59)	812 (60)	1206 (60)		11151 (56)	239 (43)	196 (43)		27678 (57)	1495 (55)	3815 (57)		
医療用麻薬を処方したがん患者数/年	10人～	1543 (32)	174 (21)	510 (12)		6161 (26)	287 (21)	471 (23)		1320 (7)	23 (4)	29 (6)		9024 (19)	484 (18)	1010 (15)		
	0人	642 (13)	117 (14)	938 (22)	<.0001	3679 (16)	219 (16)	326 (16)	0.024	7222 (36)	205 (37)	261 (57)	0.013	11543 (24)	541 (20)	1525 (23)	<.0001	
	～9人	1864 (39)	266 (33)	1715 (41)		12094 (51)	660 (49)	1039 (51)		6197 (31)	193 (35)	142 (31)		20155 (42)	1119 (41)	2896 (43)		
地域	10人～	2120 (44)	392 (48)	1489 (35)		6382 (27)	423 (31)	629 (31)		520 (3)	23 (4)	32 (7)		9022 (19)	838 (31)	2150 (32)		
	北海道	169 (4)	12 (1)	44 (1)	<.0001	1257 (5)	49 (4)	42 (2)	<.0001	524 (3)	8 (1)	6 (1)	0.000	1950 (4)	69 (3)	92 (1)	<.0001	
	東北	353 (7)	36 (4)	579 (14)		1572 (7)	45 (3)	236 (12)		1366 (7)	47 (9)	51 (11)		3291 (7)	128 (5)	866 (13)		
	関東	1323 (27)	314 (39)	472 (11)		6524 (28)	298 (22)	335 (17)		4974 (25)	148 (27)	59 (13)		12821 (26)	760 (28)	866 (13)		
	中部	936 (19)	134 (17)	1011 (24)		3591 (15)	99 (7)	328 (16)		3149 (16)	84 (15)	87 (19)		7676 (16)	317 (12)	1426 (21)		
	関西	775 (16)	105 (13)	489 (12)		4373 (19)	413 (30)	393 (19)		4465 (22)	118 (21)	81 (18)		9613 (20)	636 (23)	963 (14)		
	中国四国	664 (14)	176 (22)	1032 (25)		2679 (11)	288 (21)	378 (19)		2483 (12)	74 (13)	86 (19)		5826 (12)	538 (20)	1496 (22)		
所属施設種別	九州沖縄	582 (12)	28 (3)	552 (13)		3407 (14)	155 (11)	303 (15)		2983 (15)	70 (13)	91 (20)		6972 (14)	253 (9)	946 (14)		
	がん診療連携拠点病院													4826 (10)	810 (30)	4198 (63)	<.0001	
	一般病院													23571 (49)	1360 (50)	2019 (30)		
診療所													20090 (41)	550 (20)	461 (7)			
緩和ケア研修会を修了している	-	585 (72)	3609 (86)	<.0001	-	669 (49)	1438 (71)	<.0001	-	135 (25)	170 (37)	<.0001	-	1389 (51)	5217 (78)	<.0001		
緩和ケアという言葉を知っているか	よく知っている	3053 (63)	558 (69)	2909 (69)	<.0001	11464 (49)	784 (58)	1396 (69)	<.0001	7539 (38)	259 (47)	250 (54)	<.0001	22056 (45)	1601 (59)	4555 (68)	<.0001	
	ある程度は知っている	1649 (34)	239 (30)	1242 (30)		10913 (46)	531 (39)	600 (30)		10374 (52)	254 (46)	192 (42)		22936 (47)	1024 (38)	2034 (30)		
	聞いたことがある	104 (2)	13 (2)	32 (1)		1089 (5)	38 (3)	18 (1)		1937 (10)	31 (6)	16 (3)		3130 (6)	82 (3)	66 (1)		
	知らない	10 (0)	0 (0)	2 (0)		59 (0)	6 (0)	0 (0)		168 (1)	5 (1)	1 (0)		237 (0)	11 (0)	3 (0)		

表1-3. 医師調査結果

緩和ケアに関する知識		正答率																				
		拠点病院						拠点以外の病院						診療所						全体		
		2008 (n=4826)	2015 (n=810)	2017 (n=4198)	P	2008と 2017の 効果量± 差	2008 (n=23571)	2015 (n=1360)	2018 (n=2019)	P	2008と 2018の 効果量± 差	2008 (n=20090)	2015 (n=550)	2019 (n=461)	P	2008と 2019の 効果量± 差	2008 (n=48487)	2015 (n=2720)	2017-19 (n=6678)	P	2008と 2017- 19の差 効果量±	
		(range 0-100)																				
理念	ドメイン平均(±SD)	94.3 (19.6)	97.1 (15.1)	96.5 (16.2)	<.0001	2.2 0.12	90.6 (25.0)	94.0 (20.9)	95.8 (17.5)	<.0001	5.2 0.25	79.3 (35.1)	88.7 (27.8)	84.5 (32.3)	<.0001	5.2 0.16	86.3 (29.8)	93.8 (21.3)	95.5 (18.4)	<.0001	9.2 0.38	
	ドメイン調整平均(±SE)	95.0 (1.1)	97.8 (1.2)	97.6 (1.1)	<.0001	2.6 0.13	90.2 (1.0)	92.7 (1.2)	95.1 (1.1)	<.0001	4.9 0.19	82.0 (1.7)	90.0 (2.4)	87.6 (2.4)	<.0001	5.7 0.16	88.8 (0.7)	92.3 (0.9)	92.6 (0.7)	<.0001	3.8 0.12	
	緩和ケアの対象は、がんに対する治療法のない患者のみである	94	97	96			90	92	94			78	88	82			85	93	94			
	緩和ケアは、がんに対する治療と一緒に進められない	94	96	95			90	94	94			78	89	83.3			85	93	94			
疼痛・オピオイド	ドメイン平均(±SD)	75.4 (23.7)	78.3 (22.6)	75.7 (23.5)	0.004	0.3 0.01	68.4 (25.8)	72.5 (25.4)	75.5 (23.8)	<.0001	7.2 0.29	52.0 (27.0)	62.0 (27.3)	60.8 (29.7)	<.0001	8.8 0.31	62.3 (27.6)	72.1 (25.6)	74.6 (24.4)	<.0001	12.3 0.47	
	ドメイン調整平均(±SE)	74.2 (1.3)	76.5 (1.5)	76.1 (1.3)	0.000	1.9 0.08	65.6 (1.0)	68.2 (1.2)	71.2 (1.1)	<.0001	5.6 0.22	52.8 (1.3)	60.8 (1.8)	60.0 (1.9)	<.0001	7.3 0.26	63.9 (0.6)	67.5 (0.8)	67.8 (0.7)	<.0001	3.8 0.13	
	疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすり眠れるようになることである	86	82	84			81	78	83			76	77	76			80	79	83			
	がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)を積極的に使用すべきである	74	84	79			67	74	79			49	65	61			60	75	77			
	医療用麻薬を使用するようになったら、非ステロイド性抗炎症鎮痛剤(NSAIDs、ロキソニン®、ボルタレン®等)は同時に使用しない	89	93	93			82	89	90			63	77	74			75	88	91			
	医療用麻薬投与後にベンタゾシン(ベンタジン・ソセゴン)やブプレルフィン(レベタン)を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	65	69	60			57	61	61			32	39	40			48	59	59			
	医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	79	81	77			70	76	77			48	63	60			62	75	76			
	医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	57	57	57			50	51	55			39	46	46			46	52	56			
	合計平均(±SD)	80.1 (19.5)	83.1 (18.6)	80.9 (19.5)	0.000	0.8 0.04	73.9 (22.0)	77.9 (21.5)	80.6 (19.6)	<.0001	6.7 0.32	58.8 (24.5)	68.7 (23.7)	66.8 (26.8)	<.0001	8.0 0.31	68.3 (24.3)	77.6 (21.8)	79.8 (20.4)	<.0001	11.5 0.52	
	合計調整平均(±SE)	79.4 (1.1)	81.8 (1.2)	81.5 (1.1)	<.0001	2.1 0.10	71.8 (0.8)	74.3 (1.0)	77.2 (0.9)	<.0001	5.5 0.25	60.1 (1.2)	68.1 (1.6)	66.9 (1.6)	<.0001	6.9 0.28	70.2 (0.5)	73.7 (0.7)	74.0 (0.6)	<.0001	3.8 0.23	

2008: 日本医師会調査, 2015: 厚労科研加藤班

効果量: 2008と2017-19での変化の大きさを表す, 数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 性別, 医療従事期間, 看取り数, 医療用麻薬の処方数, 主診療科, 地域

表1-4. 医師調査結果

緩和ケアに関する困難感		平均値(±SD)																							
		拠点病院					拠点以外の病院					診療所					全体								
		2008 (n=4826)	2015 (n=810)	2017 (n=4198)	P	2008 と 2017 の差	効果量†	2008 (n=23571)	2015 (n=1360)	2018 (n=2019)	P	2008 と 2018 の差	効果量†	2008 (n=20090)	2015 (n=550)	2019 (n=461)	P	2008 と 2019 の差	効果量†	2008 (n=48487)	2015 (n=2720)	2017-19 (n=)	P	2008 と 2019 の差	効果量†
(range 1-4)																									
症状緩和	ドメイン平均(±SD)	2.9 (0.8)	2.9 (0.8)	3.0 (0.7)	<.0001	0.1	0.15	3.0 (0.7)	3.0 (0.8)	2.9 (0.8)	0.012	-0.1	0.07	3.0 (0.7)	3.0 (0.8)	3.1 (0.7)	0.017	0.10	0.13	3.0 (0.7)	3.0 (0.8)	3.0 (0.7)	0.114	0.02	0.02
	ドメイン調整平均(±SE)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	0.451	0.0	0.02	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	3.1 (0.0)	0.114	0.0	0.03	2.9 (0.0)	3.0 (0.1)	3.1 (0.1)	<.0001	0.16	0.21	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	0.437	0.01	0.01
	疼痛の緩和のための知識や技術が不足している	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	2.9 (0.8)				2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	2.8 (0.9)				3.1 (0.8)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)				3.0 (0.9)	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)			
	疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術が不足している	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	3.0 (0.8)				2.8 (0.9)	2.9 (0.9)	2.8 (0.9)				2.8 (0.8)	2.9 (0.8)	3.0 (0.8)				2.8 (0.8)	2.9 (0.9)	2.9 (0.8)			
患者・家族とのコ	ドメイン平均(±SD)	1.9 (0.7)	1.8 (0.8)	2.0 (0.8)	<.0001	0.1	0.17	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	0.002	-0.1	0.07	2.0 (0.7)	1.9 (0.7)	2.0 (0.8)	0.004	0.01	0.01	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	1.9 (0.8)	<.0001	0.01	0.02
	ドメイン調整平均(±SE)	1.9 (0.0)	1.9 (0.0)	1.9 (0.0)	0.008	0.0	0.04	2.0 (0.0)	1.9 (0.0)	1.9 (0.0)	0.163	0.0	0.01	2.0 (0.0)	1.9 (0.1)	2.0 (0.1)	0.102	####	0.01	2.0 (0.0)	1.9 (0.0)	1.99 (0.0)	0.001	0.02	0.02
	がん患者への病状説明(告知など)に不安がある	1.7 (0.8)	1.8 (0.9)	1.9 (0.9)				1.8 (0.8)	1.8 (0.8)	1.8 (0.8)				1.9 (0.8)	1.8 (0.8)	1.9 (0.9)				1.9 (0.8)	1.8 (0.8)	1.8 (0.9)			
	がん患者と死や死の可能性について話すことが負担である	2.0 (0.9)	2.0 (0.9)	2.1 (0.9)				2.0 (0.9)	2.0 (0.9)	2.0 (0.9)				2.0 (0.9)	1.9 (0.8)	2.0 (0.9)				2.0 (0.9)	2.0 (0.9)	2.1 (0.9)			
専門家の支援	ドメイン平均(±SD)	2.6 (0.9)	2.2 (0.8)	2.3 (0.8)	<.0001	-0.2	0.30	3.0 (0.8)	2.7 (0.9)	2.9 (0.9)	<.0001	-0.1	0.11	3.1 (0.8)	3.1 (0.8)	3.1 (0.8)	0.066	####	0.05	3.0 (0.8)	2.6 (0.9)	2.6 (0.9)	<.0001	-0.47	0.54
	ドメイン調整平均(±SE)	2.5 (0.1)	2.1 (0.1)	2.2 (0.1)	<.0001	-0.3	0.27	2.9 (0.0)	2.5 (0.0)	2.8 (0.0)	<.0001	-0.1	0.06	2.9 (0.0)	2.8 (0.1)	2.9 (0.1)	0.149	0.00	0.00	2.7 (0.0)	2.4 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	-0.15	0.15
	疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援を得ることが難しい	2.4 (1.0)	2.0 (0.8)	2.2 (0.9)				2.9 (1.0)	2.5 (1.0)	2.7 (1.0)				3.1 (0.9)	3.0 (0.9)	3.0 (0.9)				2.9 (1.0)	2.5 (1.0)	2.4 (1.0)			
	疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援を得ることが難しい	2.4 (0.9)	2.1 (0.9)	2.3 (0.9)				2.9 (1.0)	2.6 (0.9)	2.8 (1.0)				3.0 (0.9)	3.0 (0.9)	3.0 (0.9)				2.9 (0.9)	2.5 (1.0)	2.5 (0.9)			
こころの問題の専門家の助言や支援を得ることが難しい	2.9 (1.0)	2.4 (1.0)	2.5 (0.9)				3.3 (0.9)	2.9 (1.0)	3.2 (0.9)				3.4 (0.8)	3.3 (0.9)	3.3 (0.8)				3.3 (0.9)	2.8 (1.0)	2.8 (1.0)				
合計平均(±SD)	2.4 (0.6)	2.3 (0.5)	2.4 (0.5)	<.0001	0.0	0.01	2.6 (0.5)	2.5 (0.5)	2.6 (0.5)	<.0001	-0.1	0.12	2.7 (0.5)	2.7 (0.6)	2.7 (0.6)	0.059	0.02	0.04	2.6 (0.6)	2.5 (0.6)	2.5 (0.5)	<.0001	-0.14	0.26	
合計調整平均(±SE)	2.5 (0.0)	2.3 (0.0)	2.4 (0.0)	<.0001	-0.1	0.14	2.6 (0.0)	2.5 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	0.0	0.03	2.6 (0.0)	2.6 (0.0)	2.7 (0.0)	0.054	0.05	0.09	2.6 (0.0)	2.4 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.04	0.07	

2008: 日本医師会調査, 2015: 厚労科研加藤班

効果量: 2008と2017-19での変化の大きさを表す, 数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 性別, 医療従事期間, 看取り数, 医療用麻薬の処方数, 主診療科, 地域

表1-5. 医師調査結果(2017-18)

	平均値(±SD)				P
	全体 (n=6678)	拠点病院 (n=4198)	拠点病院以外 の病院 (n=2019)	診療所 (n=461)	
がん診療について(range 1-6)					
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療している	4.3 (1.3)	4.3 (1.3)	4.4 (1.2)	4.0 (1.5)	<.0001
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用している	4.7 (1.5)	4.7 (1.5)	5.0 (1.3)	3.7 (1.9)	<.0001
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応している	4.4 (0.9)	4.4 (0.9)	4.5 (0.9)	4.4 (1.1)	0.035
○患者の診療は多職種チームで対応している	4.9 (1.0)	5.1 (0.9)	4.8 (1.1)	4.1 (1.7)	<.0001
○療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞いている	4.6 (1.1)	4.6 (1.1)	4.7 (1.0)	4.6 (1.2)	<.0001
○がんでも希望すれば、最後まで在宅で過ごせると考える	4.8 (1.1)	4.7 (1.1)	4.8 (1.0)	4.7 (1.2)	0.003
○患者のQOL(Quality Of Life)の維持向上に努めている	4.8 (0.8)	4.8 (0.8)	4.8 (0.8)	4.7 (1.0)	0.002
○患者に日常生活の状況を尋ねるようにしている	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	4.8 (1.0)	0.145
○患者の経済状況について確認している	4.0 (1.1)	4.0 (1.1)	4.0 (1.1)	4.2 (1.2)	<.0001
○疾患が患者の就労や就学に与える影響について配慮している	4.3 (1.0)	4.3 (1.0)	4.3 (1.0)	4.3 (1.0)	0.077
○がんと診断された就労中の患者に対して、あわてて退職しないように声をかけている	4.1 (1.3)	4.0 (1.3)	4.1 (1.3)	4.2 (1.3)	0.000
○就労中の患者については、患者の仕事内容を確認し、仕事に影響がありそうな副作用や今後の治療計画について説明している	4.3 (1.1)	4.3 (1.1)	4.4 (1.1)	4.1 (1.3)	<.0001
○就労中の患者については、勤務先の産業保健スタッフ(産業医)に、就労を継続していくために必要な情報を提供している	3.1 (1.3)	3.1 (1.3)	3.1 (1.3)	3.3 (1.4)	0.023
○生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある	3.7 (1.5)	3.8 (1.4)	3.6 (1.5)	3.1 (1.6)	<.0001
○患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性およびそれに関する情報を患者に伝えている	3.9 (1.5)	4.0 (1.4)	3.7 (1.5)	3.4 (1.6)	<.0001
具体的な診療内容について(range 1-6)					
○がん疼痛のある患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	4.6 (1.3)	<.0001
○がん疼痛のある患者に対して、あるオピオイドを一定量投与しても効果がなかったときは、異なるオピオイドを使用することを検討している	4.9 (1.0)	5.0 (0.9)	4.9 (1.0)	4.6 (1.3)	<.0001
○オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合(突出痛)には、定期量の6分の1を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.1 (1.0)	4.6 (1.4)	<.0001
○オピオイドを内服しているがん患者には、具体的な鎮痛薬の使用方法(定期的な服用や、突出痛がある場合のレスキュー薬の服用など)について説明を行っている	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.1 (0.9)	4.7 (1.3)	<.0001
○神経障害の疼痛(神経叢浸潤・脊髄浸潤など、びりびり電気が走るようなしびれる・じんじんとする痛み)に対しては、プレガバリン、アミトリアチンなどの鎮痛補助薬を投与している	4.7 (1.1)	4.7 (1.1)	4.7 (1.2)	4.4 (1.4)	<.0001
○薬物療法でがん疼痛が緩和しない場合には、神経ブロックの適応があるかを緩和ケア医や麻酔医に相談している	4.1 (1.3)	4.2 (1.2)	3.8 (1.3)	3.7 (1.4)	<.0001
○がん病巣が存在することに伴う疼痛に対して、放射線治療の適応について放射線治療医に紹介をしている	4.8 (1.1)	5.0 (1.0)	4.5 (1.3)	3.9 (1.5)	<.0001
○NRS(Numerical Rating Scale)などの疼痛の評価ツールを用いている	4.2 (1.4)	4.3 (1.3)	4.3 (1.4)	3.4 (1.6)	<.0001
○酸素吸入や輸液の減量などをしてても緩和しない呼吸困難があるがん患者に対して、モルヒネなどのオピオイドを持続投与することを検討している	4.9 (1.1)	4.9 (1.0)	4.9 (1.0)	4.1 (1.5)	<.0001
○手術不可能な消化管閉塞のあるがん患者に対して、オクトレオチドの投与を行うことを検討している	4.2 (1.4)	4.3 (1.4)	4.3 (1.4)	3.5 (1.6)	<.0001
○生命予後が1~2週間程度と考えられ、performance statusが悪く(3~4)、経口摂取が十分できないがん患者に対して、高カロリー輸液は行わない	5.1 (1.1)	5.1 (1.1)	5.2 (1.0)	4.8 (1.4)	<.0001
○生命予後が1カ月程度と考えられ、経口的な水分摂取ができず、輸液を受けているがん患者に対して、がん性腹水による苦痛が増悪する場合、輸液は1000ml/日以下にしている	5.1 (1.0)	5.0 (1.0)	5.2 (0.9)	4.9 (1.2)	<.0001
○がん術後の患者に対して、QOLの改善のために運動療法の指示をしている	4.3 (1.2)	4.3 (1.2)	4.4 (1.2)	4.0 (1.4)	<.0001
○持続性リンパ浮腫に対して、弾性包帯による圧迫療法を行っている(指示している)	4.2 (1.2)	4.2 (1.2)	4.2 (1.2)	4.1 (1.4)	0.074
○死別後の悲嘆が強くなることや予想される家族には、精神科やカウンセリングなどの専門的な支援を紹介することを検討している	4.0 (1.3)	4.1 (1.2)	3.8 (1.3)	3.8 (1.3)	<.0001
○主治医だった患者の遺族から、気持ちのつらさについて、死亡から時間が経過して相談があったとき、傾聴するなどの対応を行っている	4.3 (1.2)	4.3 (1.2)	4.2 (1.3)	4.5 (1.2)	0.001
○せん妄を診断したとき、まず原因を想定しての治療に取り組むようにしている	4.5 (1.0)	4.5 (1.0)	4.5 (1.0)	4.4 (1.2)	0.053
○死が近い時期では、家族に病状の認識を確認し、看取りに向けた準備ができるよう今後の見通しについて説明をしている	5.0 (0.9)	4.9 (0.9)	5.1 (0.8)	4.9 (1.1)	<.0001
○看取りに際し、家族へのねぎらいの言葉をかけるようにしている	4.9 (0.9)	4.8 (0.9)	5.0 (0.9)	5.0 (1.0)	<.0001
○終末期の患者が、改善できない耐え難い苦痛にあるとき、苦痛緩和を目的とした鎮静を行うことを検討している	5.0 (0.9)	5.0 (0.9)	5.1 (0.8)	5.0 (1.1)	<.0001
○鎮静などの倫理的な問題について検討する時は、緩和ケアの専門家を含む多職種チームにより検討している	4.5 (1.2)	4.7 (1.1)	4.2 (1.4)	3.7 (1.5)	<.0001
○鎮静を行う場合は、患者・家族への説明を十分に行い、意思確認を行っている	5.1 (1.2)	5.1 (1.3)	5.1 (0.8)	4.9 (1.1)	0.000
○終末期の方針決定において、必要に応じて、患者本人と多職種の医療従事者で構成される医療チームとの間で十分な話し合いを行っている	4.5 (1.1)	4.7 (1.0)	4.4 (1.2)	4.0 (1.4)	<.0001
○終末期の方針決定において、医療・ケア行為の開始、内容の変更、中止等は、必要に応じて多職種で構成される医療チームによって医学的妥当性と適切性を基に判断している	4.5 (1.1)	4.6 (1.0)	4.4 (1.2)	4.0 (1.4)	<.0001
○終末期の方針決定において、患者の意思が確認できる場合、患者の意思は変化しうるものとして、患者が自らの意思をいつでも示すことができることを伝えている	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	4.9 (0.9)	4.8 (1.2)	0.007
○終末期の方針決定において、患者本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる人を含めて、患者との話し合いを繰り返し行っている	4.7 (1.0)	4.7 (0.9)	4.8 (1.0)	4.6 (1.2)	0.0064
終末期の話し合い(range 1-5)					
○終末期についての話し合いをすることで患者の意向を治療や方針に反映できる	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	4.0 (0.7)	0.024
○終末期についての話し合いを患者にすると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	2.8 (0.9)	2.9 (0.9)	0.012
○終末期についての話し合いを家族にすると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	2.7 (0.9)	2.7 (0.9)	<.0001
○自分の終末期に何が大切かは患者にしか判断できない(他者にはわからない)	3.1 (1.0)	3.1 (1.0)	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	0.408
○自分の終末期に関することは患者が知らなくても家族が知っていればよい	1.7 (0.7)	1.7 (0.7)	1.8 (0.7)	1.9 (0.8)	0.000
積極的な抗がん剤治療(range 1-5)					
○標準的な抗がん剤治療に反応しなくなったとしても、積極的な抗がん剤治療を行うことで、患者の希望を支えることになる	2.7 (0.9)	2.7 (0.9)	2.6 (0.9)	2.5 (1.0)	0.002
○標準的な抗がん剤治療に反応しなくなった場合、積極的な抗がん剤治療を行うべきではない	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)	3.0 (1.1)	0.347
○標準的な抗がん剤治療に反応しなくなった場合、患者が希望してもエビデンスのない民間・代替療法は許容すべきではない	2.7 (1.1)	2.7 (1.1)	2.7 (1.1)	2.9 (1.2)	0.006
地域連携(range 1-6)					
○地域で在宅診療に関わっている人の名前と顔、考え方がわかる	3.3 (1.4)	3.1 (1.4)	3.4 (1.4)	3.9 (1.4)	<.0001
○地域内の関係者には、知りたいことを気軽に聴ける	3.2 (1.3)	3.1 (1.3)	3.4 (1.3)	3.8 (1.4)	<.0001
○緩和ケアの地域連携に関する課題や困っていることについて、地域内の関係者と共有できる機会がある	3.2 (1.3)	3.1 (1.3)	3.2 (1.4)	3.7 (1.4)	<.0001
○在宅療養に移行する患者について、移行時に関係者間でカンファレンスや情報共有を行っている	3.7 (1.4)	3.6 (1.4)	3.8 (1.4)	3.6 (1.5)	0.000

表2-3. 看護師調査結果

緩和ケアに関する知識		正答率 number(%)																						
		拠点病院					拠点以外の病院					訪問看護ステーション					全体							
		2008 (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	P	2008と 2017の 効果量† 差	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	P	2008と 2018の 効果量† 差	2008 (n=198)	2015 (n=520)	2019 (n=944)	P	2008と 2019の 効果量† 差	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2017-19 (n=14991)	P	効果量†			
(range 0-100)																								
理念	ドメイン平均(±SD)	89.8 (25)	88.7 (27)	90.1 (25)	0.038	0.4	0.01	83.5 (30)	79.8 (35)	85.5 (30)	0.002	2.0	0.07	90.2 (23.4)	87.5 (28.5)	87.2 (27.3)	0.374	-3.0	0.12	87.5 (27.3)	87.9 (27.8)	87.9 (27.4)	0.751	0.02
	ドメイン調整平均(±SE)	91.5 (1)	90.2 (1)	91.4 (0)	0.075	-0.1	0.00	86.2 (1)	84.5 (2)	87.5 (1)	0.142	1.3	0.04	96.9 (2.9)	94.5 (2.4)	93.5 (2.2)	0.273	-3.4	0.12	90.1 (0.7)	89.1 (0.6)	90.3 (0.4)	0.059	-0.01
	緩和ケアの対象は、根治的治療のない患者のみである(誤)	89	91	92				85	81	88				90.4	88.2	88.6				87.9	89.7	90.0		
	緩和ケアは、がんに対する治療と一緒にには行わない(誤)	88	85	87				80	76	82				89.4	85.3	84.6				85.2	84.2	84.8		
疼痛・オピオイド	ドメイン平均(±SD)	56.5 (28)	65.9 (27)	60.4 (27)	<.0001	3.9	0.14	46.0 (27)	41.0 (27)	55.4 (29)	<.0001	9.4	0.33	52.2 (29.0)	52.4 (28.1)	50.0 (28.2)	0.240	-2.2	0.08	52.3 (28.3)	62.2 (28.3)	57.6 (28.4)	<.0001	0.19
	ドメイン調整平均(±SE)	62.6 (1)	70.0 (1)	64.6 (0)	<.0001	2.0	0.08	55.8 (1)	54.1 (2)	61.8 (1)	<.0001	6.0	0.22	62.1 (2.9)	62.8 (2.4)	58.8 (2.2)	0.020	-3.3	0.12	58.3 (0.6)	65.2 (0.6)	61.6 (0.4)	<.0001	-0.12
	疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりとお眠れるようになることである(正)	76	79	77				71	66	71				78.3	72.8	69.1				74.2	76.8	73.6		
	がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)を積極的に使用すべきである(誤)	59	72	68				53	50	64				55.6	53.5	52.4				56.7	67.9	65.4		
	医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬は同時に使用しない(誤)	60	78	72				40	42	66				58.6	63.9	62.4				52.8	73.0	68.6		
	医療用麻薬投与後にベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)やブプレノルフィン(レベタン®)を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある(正)	48	56	46				38	29	38				24.2	21.2					42.6	49.2	40.8		
	医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる(誤)	50	62	53				41	30	49				54.6	57.5	52.7				46.9	59.1	51.6		
	医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない(正)	42	45	44				31	25	41				40.9	42.6	40.2				37.6	43.0	42.6		
	呼吸	ドメイン平均(±SD)	65.8 (21)	70.3 (20)	69.4 (19)	<.0001	3.6	0.18	59.3 (22)	54.5 (23)	67.8 (21)	<.0001	8.5	0.39	63.0 (20.0)	64.6 (22.5)	64.1 (21.5)	0.659	1.1	0.05	63.2 (21.8)	68.3 (21.0)	68.4 (20.3)	<.0001
ドメイン調整平均(±SE)	69.4 (1)	73.4 (0)	72.9 (0)	<.0001	3.5	0.18	65.0 (1)	63.2 (1)	72.2 (0)	<.0001	7.2	0.35	67.4 (2.3)	70.1 (1.9)	68.7 (1.7)	0.274	1.3	0.06	67.4 (0.5)	71.7 (0.4)	72.2 (0.3)	<.0001	-0.24	
がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげられる(正)	65	79	80				55	46	71				53.5	62.6	67.1				60.6	74.2	75.2			
疼痛に対して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい(誤)	19	21	16				14	9	19				16.2	19.4					16.8	19.6	17.5			
患者の息苦しさは酸素飽和度は比例する(誤)	77	79	81				67	61	79				80.8	75.5	72.9				73.3	77.5	79.5			
死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬(臭化水素酸スコポラミン(ハイスコ®)や臭化ブチルスコポラミン(ブスコパン®))が有効である(正⇒誤)	99	99	99				99	98	99				99.0	97.7	98.3				98.6	98.6	99.0			
せん妄	ドメイン平均(±SD)	55.5 (24)	59.1 (24)	55.7 (25)	<.0001	0.3	0.01	53.5 (24)	48.8 (24)	57.5 (26)	<.0001	3.9	0.16	57.7 (24.8)	62.0 (24.5)	62.0 (24.2)	0.068	4.3	0.17	54.9 (24.0)	58.7 (24.6)	56.9 (25.3)	<.0001	0.08
	ドメイン調整平均(±SE)	62.8 (1)	65.1 (1)	62.1 (0)	<.0001	-0.7	0.03	62.3 (1)	60.3 (2)	63.9 (1)	0.0106	1.6	0.07	61.8 (2.6)	66.6 (2.1)	65.2 (1.9)	0.061	3.4	0.14	65.0 (0.6)	67.6 (0.5)	65.5 (0.4)	<.0001	-0.02
	死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが苦痛が少なくなる(正)	28	38	37				28	29	40				44.4	59.4	62.6				29.3	40.5	40.0		
	がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い(正⇒誤)	98	99	99				99	99	99				99.0	98.8	98.6				98.7	98.9	99.1		
	死亡直前に苦痛をやわらげる方法が、鎮静(持続的な鎮静薬の投与)以外にはない患者がいる(正)	36	38	35				32	26	38				29.8	31.2	32.6				34.2	36.5	36.2		
終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い(誤)	55	58	50				52	37	51				54.0	55.5	50.6				54.1	55.8	50.2			
消化器症状	ドメイン平均(±SD)	53.3 (29)	63.7 (28)	59.2 (30)	<.0001	5.9	0.20	51.1 (29)	46.8 (30)	61.0 (30)	<.0001	9.9	0.34	53.3 (29.3)	63.6 (29.1)	63.9 (29.0)	<.0001	10.5	0.36	52.5 (29.1)	62.4 (28.9)	60.3 (29.9)	<.0001	0.26
	ドメイン調整平均(±SE)	58.7 (1)	67.6 (1)	63.9 (1)	<.0001	5.2	0.18	57.9 (1)	57.1 (2)	65.4 (1)	<.0001	7.4	0.26	55.7 (3.1)	66.4 (2.5)	65.2 (2.3)	<.0001	9.5	0.33	59.6 (0.7)	68.2 (0.6)	66.0 (0.4)	<.0001	-0.23
	がんの終末期では、腫瘍による消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする(誤)	54	58	49				53	42	52				57.6	63.7	56.1				53.6	57.9	50.5		
	末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである(誤)	60	78	75				60	64	78				64.1	77.5	81.3				60.1	76.8	76.8		
	ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する(正)	51	64	60				43	32	56				49.0	62.0	62.3				47.9	61.1	58.4		
	死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない(正)	46	52	52				46	46	56				40.9	47.7	52.4				45.6	51.0	53.4		
合計平均(±SD)	60.8 (18)	67.3 (18)	64.0 (19)	<.0001	3.2	0.17	54.9 (18)	50.3 (20)	62.4 (21)	<.0001	7.5	0.39	59.4 (18.9)	62.5 (19.5)	61.7 (19.3)	0.164	2.3	0.12	58.5 (18.4)	65.3 (19.2)	63.2 (19.5)	<.0001	0.25	
合計調整平均(±SE)	66.1 (1)	71.2 (0)	68.3 (0)	<.0001	2.2	0.13	62.4 (1)	60.8 (1)	67.6 (0)	<.0001	5.2	0.29	65.4 (2.0)	68.9 (1.7)	66.9 (1.5)	0.043	1.6	0.08	64.9 (0.4)	69.9 (0.4)	68.2 (0.3)	<.0001	-0.19	

2008: OPTIM研究介入前データ(Sato K, 2014,JCO), 2015: 厚労科研究加藤班

効果量: 2008と2017-19での変化の大きさを表す、数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看取り経験の有無で調整

d12 d14: エビデンス再構築により正解の変更が生じたため、全ての回答を正答とした

表2-4. 看護師調査結果

緩和ケアに関する困難感		mean(SD)																						
		拠点病院					拠点以外の病院					訪問看護ステーション					全体							
		2008 (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	P	2008と 2017の 効果量† 差	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	P	2008と 2018の 効果量† 差	2008 (n=198)	2015 (n=520)	2019 (n=944)	P	2008と 2019の 効果量† 差	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2017-19 (n=14991)	P	効果量†			
(range 1-5)																								
症状緩和	ドメイン平均(±SD)	3.5 (0.9)	3.1 (0.9)	3.1 (0.9)	<.0001	-0.33	0.38	3.6 (0.8)	3.5 (0.8)	3.2 (0.9)	<.0001	-0.33	0.39	3.5 (0.8)	3.2 (0.9)	3.1 (0.9)	<.0001	-0.39	0.46	3.5 (0.8)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)	<.0001	0.47
	ドメイン調整平均(±SD)	3.3 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.30	0.35	3.4 (0.0)	3.2 (0.1)	3.1 (0.0)	<.0001	-0.25	0.29	3.4 (0.1)	3.1 (0.1)	3.1 (0.1)	<.0001	-0.32	0.37	3.3 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	0.33
	がん性疼痛を緩和する方法に関する知識が不足している	3.4 (0.9)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)				3.5 (0.9)	3.4 (0.8)	3.2 (0.9)				3.5 (0.8)	3.2 (1.0)	3.1 (0.9)				3.5 (0.9)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)		
	呼吸困難や消化器症状を緩和する方法に関する知識が不足している	3.5 (0.9)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)				3.5 (0.9)	3.4 (0.9)	3.2 (0.9)				3.4 (0.9)	3.2 (0.9)	3.1 (0.9)				3.5 (0.9)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)		
	症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	3.5 (1.1)	3.0 (1.1)	3.0 (1.1)				3.8 (1.0)	3.6 (1.0)	3.2 (1.1)				3.6 (1.0)	3.2 (1.1)	3.1 (1.0)				3.6 (1.1)	3.1 (1.1)	3.1 (1.1)		
専門家の支援	ドメイン平均(±SD)	2.5 (1.2)	1.8 (0.9)	1.9 (0.9)	<.0001	-0.67	0.63	3.7 (1.1)	3.7 (1.3)	2.8 (1.3)	<.0001	-0.89	0.74	3.3 (1.2)	3.1 (1.2)	3.0 (1.1)	0.000	-0.37	0.32	3.0 (1.3)	2.2 (1.2)	2.3 (1.2)	<.0001	0.03
	ドメイン調整平均(±SD)	2.4 (0.0)	1.8 (0.0)	1.8 (0.0)	<.0001	-0.63	0.66	3.4 (0.1)	3.3 (0.1)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.85	0.66	3.1 (0.1)	2.9 (0.1)	2.8 (0.1)	0.009	-0.28	0.23	3.1 (0.0)	2.5 (0.0)	2.4 (0.0)	<.0001	0.63
	症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	2.6 (1.3)	1.9 (1.1)	1.9 (1.0)				3.7 (1.1)	3.7 (1.3)	2.9 (1.3)				3.6 (1.2)	3.2 (1.2)	3.1 (1.2)				3.1 (1.3)	2.3 (1.3)	2.4 (1.3)		
	症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	2.3 (1.4)	1.6 (0.9)	1.6 (0.9)				3.7 (1.3)	3.7 (1.5)	2.7 (1.5)				3.4 (1.3)	3.2 (1.4)	3.1 (1.3)				2.9 (1.5)	2.0 (1.3)	2.1 (1.4)		
	□在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できるところがない	2.6 (1.3)	2.1 (1.1)	2.1 (1.1)				3.6 (1.2)	3.6 (1.3)	2.8 (1.4)				3.1 (1.3)	2.9 (1.3)	2.7 (1.2)				3.0 (1.4)	2.3 (1.3)	2.4 (1.3)		
医療者間のコミュニケーション	ドメイン平均(±SD)	3.0 (1.0)	2.6 (1.0)	2.5 (1.0)	<.0001	-0.44	0.43	3.3 (1.0)	3.2 (1.2)	2.8 (1.1)	<.0001	-0.46	0.44	3.3 (1.0)	2.8 (1.0)	2.6 (1.0)	<.0001	-0.66	0.67	3.1 (1.0)	2.6 (1.0)	2.7 (1.0)	<.0001	0.50
	ドメイン調整平均(±SD)	2.9 (0.0)	2.5 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.41	0.40	3.1 (0.0)	3.0 (0.1)	2.7 (0.0)	<.0001	-0.45	0.41	3.3 (0.1)	2.9 (0.1)	2.7 (0.1)	<.0001	-0.64	0.62	3.0 (0.0)	2.6 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	0.43
	□医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	3.0 (1.1)	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)				3.3 (1.1)	3.3 (1.2)	2.8 (1.2)				3.3 (1.1)	2.9 (1.1)	2.7 (1.1)				3.1 (1.1)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)		
	□医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	3.0 (1.1)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)				3.3 (1.1)	3.2 (1.2)	2.9 (1.1)				3.2 (1.1)	2.8 (1.1)	2.6 (1.0)				3.2 (1.1)	2.7 (1.1)	2.7 (1.1)		
	□医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	2.9 (1.1)	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)				3.2 (1.1)	3.2 (1.2)	2.8 (1.1)				3.3 (1.1)	2.7 (1.1)	2.5 (1.1)				3.0 (1.1)	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)		
患者・家族とのコミュニケーション	ドメイン平均(±SD)	3.2 (0.9)	3.0 (1.0)	3.0 (0.9)	<.0001	-0.18	0.19	3.3 (0.9)	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	<.0001	-0.26	0.28	3.3 (0.9)	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	<.0001	-0.42	0.45	3.3 (0.9)	3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	<.0001	0.46
	ドメイン調整平均(±SD)	3.1 (0.0)	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.14	0.15	3.2 (0.0)	3.0 (0.1)	3.0 (0.0)	<.0001	-0.18	0.19	3.2 (0.1)	2.9 (0.1)	2.8 (0.1)	<.0001	-0.37	0.39	3.1 (0.0)	2.9 (0.0)	2.9 (0.0)	<.0001	0.18
	□患者から、不安を表出されたとき、対応が難しい	3.1 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)				3.3 (0.9)	3.1 (1.0)	3.0 (1.0)				3.2 (1.0)	2.8 (0.9)	2.8 (1.0)				3.2 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)		
	□家族から、不安を表出されたとき、対応が難しい	3.1 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)				3.2 (0.9)	3.2 (1.0)	3.0 (1.0)				3.2 (1.0)	2.8 (0.9)	2.7 (1.0)				3.2 (1.0)	2.9 (1.0)	2.9 (1.0)		
	□患者が悪い知らせ(告知など)を受けた後、声のかけ方が難しい	3.4 (1.1)	3.3 (1.1)	3.3 (1.1)				3.5 (1.0)	3.4 (1.1)	3.3 (1.1)				3.4 (1.1)	3.1 (1.1)	3.0 (1.1)				3.5 (1.1)	3.3 (1.1)	3.3 (1.1)		
地域連携	ドメイン平均(±SD)	3.0 (1.2)	2.4 (1.1)	2.3 (1.0)	<.0001	-0.78	0.72	3.2 (1.1)	2.9 (1.3)	2.5 (1.1)	<.0001	-0.71	0.63	2.9 (1.0)	2.4 (1.0)	2.2 (0.9)	<.0001	-0.68	0.69	3.1 (1.2)	2.5 (1.1)	2.3 (1.0)	<.0001	0.83
	ドメイン調整平均(±SD)	3.0 (0.0)	2.4 (0.0)	2.2 (0.0)	<.0001	-0.75	0.71	3.1 (0.0)	2.8 (0.1)	2.4 (0.0)	<.0001	-0.68	0.59	2.9 (0.1)	2.4 (0.1)	2.2 (0.1)	<.0001	-0.66	0.67	3.0 (0.0)	2.5 (0.0)	2.3 (0.0)	<.0001	0.66
	□がん患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション間でのカンファレンスが難しい	2.9 (1.3)	2.2 (1.2)	2.0 (1.1)				3.1 (1.3)	2.8 (1.5)	2.3 (1.3)				2.8 (1.2)	2.3 (1.1)	2.1 (1.1)				2.9 (1.3)	2.3 (1.2)	2.1 (1.2)		
	□がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	3.1 (1.2)	2.6 (1.1)	2.4 (1.1)				3.3 (1.2)	3.0 (1.3)	2.6 (1.2)				2.9 (1.1)	2.4 (1.0)	2.3 (1.0)				3.2 (1.2)	2.6 (1.2)	2.5 (1.1)		
	□病院、診療所、訪問看護ステーション間で、情報共有が難しい	3.1 (1.2)	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)				3.2 (1.2)	2.9 (1.3)	2.6 (1.2)				3.0 (1.1)	2.5 (1.1)	2.3 (1.0)				3.1 (1.2)	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)		
合計平均(±SD)	3.0 (0.8)	2.6 (0.7)	2.6 (0.7)	<.0001	-0.48	0.68	3.4 (0.7)	3.3 (0.8)	2.9 (0.8)	<.0001	-0.53	0.73	3.2 (0.7)	2.9 (0.8)	2.8 (0.7)	<.0001	-0.50	0.70	3.2 (0.7)	2.7 (0.7)	2.7 (0.7)	<.0001	0.65	
合計調整平均(±SD)	2.9 (0.0)	2.5 (0.0)	2.5 (0.0)	<.0001	-0.45	0.67	3.2 (0.0)	3.1 (0.0)	2.7 (0.0)	<.0001	-0.48	0.64	3.2 (0.1)	2.8 (0.1)	2.7 (0.1)	<.0001	-0.45	0.61	3.1 (0.0)	2.7 (0.0)	2.6 (0.0)	<.0001	0.65	

回答方法は「1.思わない」「2.たまに思う」「3.時々思う」「4.よく思う」「5.非常によく思う」から選択

2008: OPTIM研究介入前データ (Sato K, 2014JICO), 2015厚労科研加藤班 (Nakazawa Y, 2018JPSPM)

効果量: 2008と2017-2019での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等度の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看取り経験の有無で調整

表2-5. 看護師調査結果

緩和ケアに関する実践		mean(SD)																			全体				
		拠点病院			拠点以外の病院						訪問看護ステーション						全体								
		2008* (n=1507)	2015 (n=2879)	2017 (n=7514)	2008と 2017の P	2008と 2017の 効果量† 差	2008 (n=1002)	2015 (n=279)	2018 (n=6533)	2008と 2018 P	2008と 2018 効果量† の差	2008 (n=198)	2015 (n=520)	2019 (n=944)	2008と 2019の P	2008と 2019の 効果量† 差	2008 (n=2707)	2015 (n=3668)	2019 (n=14991)	P	効果量†				
(range 1-5)																									
疼痛	ドメイン平均(±SD)	4.1 (0.7)	4.3 (0.8)	4.2 (0.7)	<.0001	0.13	0.18	3.8 (0.8)	3.6 (1.0)	4.1 (0.9)	<.0001	0.22	0.26	3.9 (0.7)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)	0.025	0.14	0.19	4.0 (0.8)	4.2 (0.8)	4.1 (0.8)	<.0001	0.20	
	ドメイン調整平均(±SE)	4.1 (0.0)	4.3 (0.0)	4.3 (0.0)	<.0001	0.14	0.20	3.9 (0.0)	3.8 (0.1)	4.1 (0.0)	<.0001	0.22	0.26	3.9 (0.1)	4.1 (0.1)	4.0 (0.1)	0.006	0.14	0.18	4.1 (0.0)	4.3 (0.0)	4.2 (0.0)	<.0001	0.23	
	□患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	4.0 (0.9)	4.2 (0.9)	4.2 (0.9)				3.8 (1.1)	3.4 (1.3)	4.0 (1.0)		0.21		3.6 (1.1)	3.9 (1.1)	3.8 (1.1)				3.9 (1.0)	4.1 (1.0)	4.1 (1.0)			
	□どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	4.0 (0.8)	4.2 (0.8)	4.1 (0.8)				3.7 (0.9)	3.6 (1.1)	3.9 (0.9)		0.24		4.1 (0.8)	4.2 (0.8)	4.1 (0.8)				3.9 (0.8)	4.2 (0.9)	4.0 (0.9)			
	□鎮痛薬を臨時(レスキュー)で使用した場合、その効果を把握している	4.2 (0.8)	4.4 (0.8)	4.3 (0.8)				4.0 (0.9)	3.9 (1.1)	4.2 (0.9)		0.20		4.1 (0.8)	4.3 (0.8)	4.3 (0.9)				4.1 (0.8)	4.3 (0.9)	4.3 (0.8)			
0.00																									
呼吸困難	ドメイン平均(±SD)	3.8 (0.8)	3.9 (0.8)	3.8 (0.8)	<.0001	0.07	0.09	3.6 (0.8)	3.5 (1.0)	3.7 (0.9)	<.0001	0.18	0.21	3.7 (0.7)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	0.001	0.21	0.28	3.7 (0.8)	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)	<.0001	0.14	
	ドメイン調整平均(±SE)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.09	0.11	3.7 (0.0)	3.8 (0.1)	3.9 (0.0)	<.0001	0.15	0.17	3.7 (0.1)	3.9 (0.1)	3.9 (0.1)	0.001	0.20	0.26	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.15	
	□息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しきの程度を聞くか、共通した評価手段を用いている	3.5 (1.1)	3.6 (1.2)	3.5 (1.1)				3.3 (1.2)	3.1 (1.3)	3.4 (1.2)		0.16		3.2 (1.2)	3.6 (1.2)	3.6 (1.2)				3.4 (1.2)	3.6 (1.2)	3.5 (1.2)			
	□どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)				3.6 (0.9)	3.5 (1.1)	3.8 (1.0)		0.22		4.0 (0.8)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)				3.8 (0.9)	4.0 (0.9)	3.9 (0.9)			
	□息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・温度調整・換気などの環境を快適に保つようしている	3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)				3.8 (0.9)	3.8 (1.0)	4.0 (0.9)		0.16		4.1 (0.8)	4.2 (0.8)	4.2 (0.8)				3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)			
0.00																									
せん妄	ドメイン平均(±SD)	3.2 (0.9)	3.5 (1.0)	3.4 (0.9)	<.0001	0.19	0.20	2.9 (0.9)	3.0 (1.0)	3.3 (1.0)	<.0001	0.38	0.42	3.2 (0.8)	3.5 (0.9)	3.6 (0.9)	<.0001	0.39	0.45	3.1 (0.9)	3.4 (1.0)	3.4 (1.0)	<.0001	0.28	
	ドメイン調整平均(±SE)	3.4 (0.0)	3.6 (0.0)	3.6 (0.0)	<.0001	0.19	0.20	3.1 (0.0)	3.3 (0.1)	3.5 (0.0)	<.0001	0.32	0.34	3.1 (0.1)	3.5 (0.1)	3.5 (0.1)	<.0001	0.39	0.44	3.4 (0.0)	3.6 (0.0)	3.6 (0.0)	<.0001	0.27	
	□時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている	3.2 (1.1)	3.5 (1.1)	3.5 (1.1)				2.8 (1.0)	2.9 (1.1)	3.3 (1.1)		0.53		2.8 (1.0)	3.3 (1.1)	3.4 (1.0)				3.0 (1.1)	3.4 (1.1)	3.4 (1.1)			
	□せん妄症状を悪化させる不快なこと(尿意・便意・疼痛・不安など)がないか、評価している	3.4 (1.0)	3.6 (1.1)	3.6 (1.0)				3.0 (1.0)	3.1 (1.1)	3.5 (1.1)		0.44		3.3 (1.0)	3.6 (1.0)	3.7 (1.0)				3.3 (1.0)	3.6 (1.1)	3.6 (1.0)			
	□患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている	3.2 (1.0)	3.3 (1.1)	3.2 (1.1)				2.9 (1.0)	2.9 (1.1)	3.1 (1.1)		0.18		3.6 (1.0)	3.8 (1.0)	3.8 (1.0)				3.1 (1.0)	3.3 (1.1)	3.2 (1.1)			
0.00																									
看取りのケア	ドメイン平均(±SD)	3.6 (0.9)	3.8 (1.0)	3.7 (0.9)	<.0001	0.10	0.11	3.4 (0.9)	3.5 (1.0)	3.6 (1.0)	<.0001	0.23	0.24	3.9 (0.9)	4.1 (0.9)	4.1 (0.9)	0.009	0.21	0.23	3.5 (0.9)	3.8 (1.0)	3.7 (1.0)	<.0001	0.15	
	ドメイン調整平均(±SE)	3.8 (0.0)	4.0 (0.0)	3.9 (0.0)	<.0001	0.12	0.13	3.6 (0.0)	3.8 (0.1)	3.8 (0.0)	<.0001	0.17	0.18	3.8 (0.1)	4.0 (0.1)	4.0 (0.1)	0.005	0.20	0.23	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.16	
	□死が近づいてきたとき、患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価している	3.6 (1.0)	3.8 (1.1)	3.7 (1.0)				3.4 (1.1)	3.3 (1.2)	3.6 (1.1)		0.26		3.7 (1.1)	4.0 (1.0)	4.0 (1.0)				3.5 (1.1)	3.8 (1.1)	3.7 (1.1)			
	□死が近づいてきたとき、それまで行われてきた処置・対応について毎日その必要性を評価している(体位交換、吸引、抑制、血液検査、尿量測定、点滴など)	3.6 (1.0)	3.8 (1.1)	3.7 (1.0)				3.4 (1.0)	3.6 (1.1)	3.6 (1.1)		0.22		3.8 (1.0)	4.0 (1.0)	4.0 (0.9)				3.6 (1.0)	3.8 (1.1)	3.7 (1.1)			
	□死が近づいてきたとき、家族にどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている	3.6 (1.0)	3.8 (1.0)	3.6 (1.0)				3.3 (1.0)	3.5 (1.1)	3.5 (1.1)		0.20		4.1 (1.0)	4.2 (0.9)	4.2 (0.9)				3.5 (1.0)	3.8 (1.0)	3.6 (1.1)			
0.00																									
コミュニケーション	ドメイン平均(±SD)	3.7 (0.8)	3.9 (0.8)	3.9 (0.7)	<.0001	0.19	0.25	3.5 (0.7)	3.6 (0.9)	3.8 (0.8)	<.0001	0.24	0.31	4.0 (0.8)	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	0.008	0.18	0.24	3.7 (0.8)	3.9 (0.8)	3.9 (0.8)	<.0001	0.25	
	ドメイン調整平均(±SE)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.18	0.24	3.7 (0.0)	3.9 (0.1)	3.9 (0.0)	<.0001	0.20	0.25	4.0 (0.1)	4.1 (0.1)	4.1 (0.1)	0.014	0.17	0.23	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	<.0001	0.24	
	□患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーのある場所で話をしている	3.7 (0.9)	3.9 (0.9)	3.9 (0.9)				3.5 (1.0)	3.6 (1.1)	3.8 (1.0)		0.25		4.0 (0.9)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)				3.6 (0.9)	3.9 (0.9)	3.9 (0.9)			
	□患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」というような自由に回答できる質問にしている	3.9 (0.8)	4.0 (0.9)	4.0 (0.8)				3.7 (0.9)	3.7 (1.0)	3.9 (0.9)		0.23		4.1 (0.8)	4.2 (0.8)	4.2 (0.8)				3.8 (0.9)	4.0 (0.9)	4.0 (0.9)			
	□患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	3.7 (0.8)	3.8 (0.9)	3.8 (0.8)				3.4 (0.9)	3.5 (1.0)	3.7 (0.9)		0.25		3.9 (0.8)	4.0 (0.9)	4.0 (0.8)				3.6 (0.9)	3.8 (0.9)	3.8 (0.9)			
0.00																									
患者・家族中心のケア	ドメイン平均(±SD)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	0.005	0.04	0.05	3.7 (0.7)	3.8 (0.9)	3.9 (0.8)	<.0001	0.17	0.21	4.3 (0.7)	4.3 (0.7)	4.3 (0.7)	0.654	0.05	0.07	3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	4.0 (0.8)	<.0001	0.10	
	ドメイン調整平均(±SE)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	0.012	0.03	-0.04	3.9 (0.0)	4.0 (0.1)	4.0 (0.0)	<.0001	0.12	0.15	4.2 (0.1)	4.3 (0.1)	4.3 (0.1)	0.538	0.04	0.05	4.1 (0.0)	4.2 (0.0)	4.2 (0.0)	<.0001	-0.09	
	□患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	3.9 (0.8)	4.0 (0.9)	3.9 (0.8)				3.6 (0.8)	3.6 (1.0)	3.8 (0.9)		0.18		4.2 (0.8)	4.3 (0.8)	4.3 (0.8)				3.8 (0.8)	4.0 (0.9)	3.9 (0.9)			
	□患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)				3.7 (0.8)	3.8 (1.0)	3.9 (0.9)		0.16		4.3 (0.7)	4.3 (0.8)	4.3 (0.7)				3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	4.0 (0.8)			
	□患者・家族のつらさについて、少しでも分かろうとしている	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)				3.8 (0.8)	3.8 (1.0)	4.0 (0.8)		0.16		4.3 (0.7)	4.4 (0.7)	4.4 (0.7)				4.0 (0.8)	4.1 (0.8)	4.0 (0.8)			
0.00																									
口腔ケア	ドメイン平均(±SD)	3.9 (0.9)	3.9 (1.0)	3.9 (0.9)	0.009	0.08	0.09	3.9 (0.9)	4.1 (1.0)	3.9 (1.0)	0.006	-0.01	0.01	3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)	0.009	0.17	0.21	3.9 (0.9)	4.0 (1.0)	3.9 (1.0)	0.006	0.06	
	ドメイン調整平均(±SE)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	0.000	0.11	0.11	4.0 (0.0)	4.3 (0.1)	4.0 (0.0)	<.0001	-0.02	0.02	3.9 (0.1)	4.1 (0.1)	4.0 (0.1)	<.0001	0.16	0.19	4.0 (0.0)	4.1 (0.0)	4.1 (0.0)	0.002	0.06	
	□口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にしている	3.9 (0.9)	3.9 (1.0)	3.9 (0.9)				3.9 (0.9)	4.1 (1.0)	3.9 (1.0)		-0.01		3.9 (0.8)	4.1 (0.8)	4.1 (0.8)				3.9 (0.9)	4.0 (1.0)	3.9 (1.0)			
0.00																									
合計平均(±SD)	3.7 (0.6)	3.9 (0.7)	3.9 (0.7)	<.0001	0.12	0.18	3.5 (0.6)	3.5 (0.8)	3.7 (0.7)	<.0001	0.22	0.32	3.8 (0.6)	4.0 (0.7)	4.0 (0.7)	0.001	0.19	0.30	3.7 (0.6)	3.9 (0.7)	3.8 (0.7)	<.0001	0.23		
合計調整平均(±SD)	3.9 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.12	0.19	3.7 (0.0)	3.8 (0.0)	3.9 (0.0)	<.0001	0.19	0.27	3.8 (0.1)	4.0 (0.1)	4.0 (0.1)	0.000	0.19	0.29	3.9 (0.0)	4.1 (0.0)	4.0 (0.0)	<.0001	0.23		

回答方法は「1.行っている」「2.あまり行っていない」「3.時々行っている」「4.たいてい行っている」「5.常に行っている」から選択

2008: OPTIM研究介入前データ(Sato K, 2014JJCO), 2015厚労科研加藤班(Nakazawa Y, 2018JPSM)

効果量: 2008と2015での変化の大きさを表す。数値は以下のように解釈する(小さな効果量: 0.2以上0.5未満, 中等の効果量: 0.5以上0.8未満, 大きな効果量: 0.8以上)

共変量: 年齢, 学歴, ホスピス緩和ケア病棟勤務経験の有無, 看取り経験の有無で調整

表2-6. 看護師調査結果(2017-19)

	平均値(±SD)				p
	全体 N=14991	拠点病院 n=7514	拠点病院以外の病院 n=6533	訪問看護 n=944	
がん患者のケアについて(range1-6)					
緩和ケアや在宅療養について意識して診察している	4.3 (1.1)	4.3 (1.1)	4.2 (1.1)	4.9 (1.0)	<.0001
がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用している	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	4.7 (1.2)	<.0001
患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応している	4.8 (0.8)	4.8 (0.8)	4.7 (0.8)	5.0 (0.8)	<.0001
患者の診療は多職種チームで対応している	5.1 (0.9)	5.2 (0.8)	5.0 (1.1)	5.3 (0.9)	<.0001
療養場所(今後の治療場所や過ごす場所)について、患者がどう考えているのか聞いている	4.6 (1.0)	4.6 (1.0)	4.5 (1.0)	5.1 (0.8)	<.0001
がんでも希望すれば、最後まで在宅で過ごせると考える	5.3 (0.8)	5.2 (0.8)	5.4 (0.8)	5.5 (0.7)	<.0001
患者のQOL(Quality Of Life)の維持向上に努めている	4.7 (0.8)	4.8 (0.8)	4.7 (0.9)	5.0 (0.8)	<.0001
患者に日常生活の状況を尋ねるようにしている	4.9 (0.9)	4.9 (0.8)	4.8 (0.9)	5.3 (0.7)	<.0001
患者の経済状況について確認している	4.1 (1.1)	4.1 (1.1)	4.0 (1.2)	4.6 (1.0)	<.0001
疾患が患者の就労や就学に与える影響について配慮している	4.2 (1.1)	4.2 (1.0)	4.1 (1.1)	4.5 (1.0)	<.0001
がんと診断された就労中の患者に対して、あわてて退職しないように声をかけている	3.8 (1.4)	3.8 (1.4)	3.8 (1.4)	4.5 (1.2)	<.0001
就労中の患者については、患者の仕事内容を確認し、仕事に影響がありそうな副作用や今後の治療計画について説明している	4.0 (1.3)	4.0 (1.2)	3.9 (1.3)	4.4 (1.2)	<.0001
就労中の患者については、勤務先の産業保健スタッフ(産業医)に、就労を継続していくために必要な情報を提供している	3.0 (1.4)	2.9 (1.4)	3.0 (1.4)	3.6 (1.5)	<.0001
生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある	2.8 (1.4)	2.9 (1.4)	2.6 (1.4)	3.1 (1.6)	<.0001
患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性およびそれに関する情報を患者に伝えている	2.9 (1.5)	3.0 (1.4)	2.7 (1.5)	3.2 (1.6)	<.0001
緩和ケアの地域連携について(range1-6)					
地域で在宅診療に関わっている人の名前と顔、考え方がわかる	2.8 (1.4)	2.6 (1.4)	2.8 (1.4)	4.2 (1.1)	<.0001
地域内の関係者には、知りたいことを気軽に聴ける	2.9 (1.4)	2.7 (1.4)	2.9 (1.4)	3.9 (1.1)	<.0001
緩和ケアの地域連携に関する課題や困っていることについて、地域内の関係者と共有できる機会がある	3.1 (1.4)	3.0 (1.5)	3.0 (1.4)	3.8 (1.2)	<.0001
在宅療養に移行する患者について、移行時に関係者間でカンファレンスや情報共有を行っている	4.1 (1.4)	4.1 (1.4)	4.0 (1.5)	4.7 (1.0)	<.0001

表3-2. 施設調査 施設背景

	全国 N=1775		拠点 n=380		非拠点 n=1395		p-value
	n (%)		n (%)		n (%)		
許可施設病床数 (median, IQ)	200	101 - 400	535	406 - 680	163	89 - 284	<.0001
	278	15.7	49	12.9	229	16.4	
<200	745	42.0	7	1.8	738	52.9	
<400	377	21.2	69	18.2	308	22.1	
<600	220	12.4	117	30.8	103	7.4	
<800	100	5.6	86	22.6	14	1.0	
>=800	55	3.1	52	13.7	3	0.2	
年間新入院患者数 (median, IQ)	2456	629 - 8478	12802	8404 - 16174	1375	437 - 4209	<.0001
年間新入院がん患者数 (median, IQ)	243	35 - 1310	2748	1425 - 4276	123	22 - 438	<.0001
	412	23.2	69	18.2	343	24.6	
<1000	958	54.0	40	10.5	918	65.8	
<3000	257	14.5	131	34.5	126	9.0	
<5000	100	5.6	93	24.5	7	0.5	
>=5000	48	2.7	47	12.4	1	0.1	
年間外来がん患者延べ数 (median, IQ)	2673	85 - 26006	47431	22511 - 79578	592	30 - 7222	<.0001
年間院内死亡がん患者数 (median, IQ)	57	17 - 140	179	116 - 259	34	12 - 86	<.0001
がん診療の状況							
欠損	402	22.7	77	20.3	325	23.3	<.0001
がん診療を行い、治療終了後は地域の医療機関に紹介する機会が多い	233	13.1	148	39.0	85	6.1	
がん診療を行い、治療終了後も継続診療し、看取りも多い	560	31.6	153	40.3	407	29.2	
がん治療よりも治療終了後の患者の診療が多く、看取りも多い	580	32.7	2	0.5	578	41.4	
緩和ケアチームの有無							
なし・不明	1163	65.5	80	21.1	1083	77.6	<.0001
あり	612	34.5	300	79.0	312	22.4	
《緩和ケアチームあり》pct_both=1							
緩和ケア診療加算の算定							
欠損	5	0.8	3	1.0	2	0.6	<.0001
はい	226	36.9	159	53.0	67	21.5	
いいえ	381	62.3	138	46.0	243	77.9	
組織上明確に位置付けられている							
欠損	7	1.1	3	1.0	4	1.3	<.0001
はい	545	89.1	287	95.7	258	82.7	
いいえ	60	9.8	10	3.3	50	16.0	
チームメンバー常勤専従の有無							
身体症状担当医師	215	35.1	155	51.7	60	19.2	<.0001
精神症状担当医師	61	10.0	48	16.0	13	4.2	<.0001
看護師	388	63.4	274	91.3	114	36.5	<.0001
薬剤師	46	7.5	23	7.7	23	7.4	0.0009
MSW	43	7.0	20	6.7	23	7.4	<.0001
臨床心理士	30	4.9	20	6.7	10	3.2	<.0001
チームの年間新規診療症例数 (median, IQ)	89	41 - 187	156	83 - 251	50	20 - 92	<.0001
チームメンバー構成 (mean, ±SD)							
身体症状担当医師							
常勤専従	0.9	0.9	1.0	0.9	0.8	0.9	
常勤専従以外	2.3	1.8	2.5	2.0	2.2	1.6	
非常勤	0.5	1.1	0.5	1.3	0.4	0.5	
精神症状担当医師							
常勤専従	0.3	0.5	0.4	0.6	0.2	0.4	
常勤専従以外	0.9	0.8	1.0	0.7	0.8	0.8	
非常勤	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.5	
看護師							
常勤専従	1.4	1.8	1.4	1.2	1.5	2.5	
常勤専従以外	3.3	3.5	2.6	2.9	3.9	3.8	
非常勤	0.1	0.4	0.0	0.2	0.2	0.6	
薬剤師							
常勤専従	0.4	0.8	0.3	0.8	0.4	0.6	
常勤専従以外	1.6	1.0	1.8	1.0	1.5	0.9	
非常勤	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.1	
MSW							
常勤専従	0.3	0.7	0.2	0.6	0.4	0.8	
常勤専従以外	1.1	0.9	1.1	1.0	1.0	0.7	
非常勤	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.2	
臨床心理士							
常勤専従	0.2	0.5	0.2	0.5	0.1	0.4	
常勤専従以外	0.8	0.7	0.9	0.7	0.6	0.7	
非常勤	0.4	0.6	0.4	0.7	0.3	0.5	
《緩和ケアチームなし》pct_both=0							
身体症状の緩和を担当する医師がいる							
欠損	356	30.6	79	98.8	277	25.6	<.0001
はい	426	36.6	1	1.3	425	39.2	
いいえ	381	32.8	0	0.0	381	35.2	
精神症状の緩和を担当する医師がいる							
欠損	357	30.7	79	98.8	278	25.7	<.0001
はい	176	15.1	0	0.0	176	16.3	
いいえ	630	54.2	1	1.3	629	58.1	
緩和ケアの専門知識を持ち、横断的に活動する看護師がいる							
欠損	357	30.7	79	98.8	278	25.7	<.0001
はい	162	13.9	1	1.3	161	14.9	
いいえ	644	55.4	0	0.0	644	59.5	
緩和ケア病棟の有無							
欠損	302	17.0	74	19.5	228	16.3	<.0001
ある	235	13.2	78	20.5	157	11.3	
ない	1238	69.8	228	60.0	1010	72.4	
《緩和ケア病棟あり》							
年間新入院患者数 (median, IQ)	158	107 - 207	172	107 - 236	148	107 - 199	0.5411
緩和ケア外来の有無							
欠損	300	16.9	73	19.2	227	16.3	<.0001
ある	527	29.7	290	76.3	237	17.0	
ない	948	53.4	17	4.5	931	66.7	
《緩和ケア外来あり》							
緩和ケア外来の年間診療患者数 (median, IQ)	152	39 - 428	165	50 - 513	123	30 - 359	0.0111

表3-3. 施設調査 病院としてがん診療・緩和ケアに取り組む体制

	全国 N=1775		拠点 n=380		非拠点 n=1395		p-value	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
病院としてがん診療に取り組む体制								
がん患者に対する化学療法を行っている								
	欠損	285	16.1	50	13.2	235	16.9	<.0001
	はい	1085	61.1	330	86.8	755	54.1	
	いいえ	405	22.8	0	0.0	405	29.0	
外来化学療法加算を算定している								
	欠損	302	17.0	50	13.2	252	18.1	<.0001
	はい	879	49.5	330	86.8	549	39.4	
	いいえ	594	33.5	0	0.0	594	42.6	
がん患者に対する放射線療法を行っている								
	欠損	280	15.8	50	13.2	230	16.5	<.0001
	はい	486	27.4	311	81.8	175	12.5	
	いいえ	1009	56.9	19	5.0	990	71.0	
全身麻酔下でがん患者の手術を行っている								
	欠損	288	16.2	51	13.4	237	17.0	<.0001
	はい	968	54.5	328	86.3	640	45.9	
	いいえ	519	29.2	1	0.3	518	37.1	
がん診療に携わる医師は全て麻薬施用者免許を有している								
	欠損	314	17.7	60	15.8	254	18.2	0.0164
	はい	1183	66.7	274	72.1	909	65.2	
	いいえ	278	15.7	46	12.1	232	16.6	
病院として緩和ケアに取り組む体制								
院内の緩和ケアケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている								
	欠損	291	16.4	54	14.2	237	17.0	<.0001
	はい	524	29.5	253	66.6	271	19.4	
	いいえ	960	54.1	73	19.2	887	63.6	
病院として地域の緩和ケアの向上に取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている								
	欠損	289	16.3	53	14.0	236	16.9	<.0001
	はい	341	19.2	172	45.3	169	12.1	
	いいえ	1145	64.5	155	40.8	990	71.0	
病院として緩和ケアに取り組むための年次計画が策定され、文書化されている								
	欠損	290	16.3	53	14.0	237	17.0	<.0001
	はい	401	22.6	206	54.2	195	14.0	
	いいえ	1084	61.1	121	31.8	963	69.0	
病院管理者(院長・副院長・事務部門・看護部長など)と緩和ケア責任者・緩和ケアチームなどが参加する会議が年1回以上開催されている								
	欠損	285	16.1	52	13.7	233	16.7	<.0001
	はい	521	29.4	252	66.3	269	19.3	
	いいえ	969	54.6	76	20.0	893	64.0	
緩和ケアに関する診療実績は院内職員が見られるかたちで報告または公開されている								
	欠損	287	16.2	53	14.0	234	16.8	<.0001
	はい	505	28.5	235	61.8	270	19.4	
	いいえ	983	55.4	92	24.2	891	63.9	
緩和ケアの提供を行っていることを、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料などにより、患者や家族に情報提供を行っている								
	欠損	284	16.0	50	13.2	234	16.8	<.0001
	はい	685	38.6	319	84.0	366	26.2	
	いいえ	806	45.4	11	2.9	795	57.0	
緩和ケアに関する患者・家族向けのパンフレットがあり、外来に常備するなど、患者・家族が容易に入手できるように提供されている								
	欠損	290	16.3	53	14.0	237	17.0	<.0001
	はい	621	35.0	298	78.4	323	23.2	
	いいえ	864	48.7	29	7.6	835	59.9	
緩和ケアに関する診療内容・受診方法についてホームページや病院便りなどで広報されている								
	欠損	284	16.0	50	13.2	234	16.8	<.0001
	はい	632	35.6	315	82.9	317	22.7	
	いいえ	859	48.4	15	4.0	844	60.5	
緩和ケアに関する診療実績がホームページなどで患者・家族向けに公開されている								
	欠損	291	16.4	52	13.7	239	17.1	<.0001
	はい	257	14.5	161	42.4	96	6.9	
	いいえ	1227	69.1	167	44.0	1060	76.0	
院内で統一した方法を用いて、外来や病棟でがん患者の身体的苦痛や精神的苦痛、社会的苦痛のスクリーニングを行っている								
	欠損	300	16.9	51	13.4	249	17.9	<.0001
	はい	651	36.7	315	82.9	336	24.1	
	いいえ	777	43.8	14	3.7	763	54.7	
	がん診療はしていない	47	2.7	0	0.0	47	3.4	
厚生労働省が定める「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した研修会を修了した医師は、どの程度いますか								
	欠損	325	18.3	56	14.7	269	19.3	<.0001
	いない	305	17.2	1	0.3	304	21.8	
	5割未満	566	31.9	14	3.7	552	39.6	
	5割以上	202	11.4	57	15.0	145	10.4	
	9割未満	171	9.6	105	27.6	66	4.7	
	9割以上	206	11.6	147	38.7	59	4.2	

表3-4. 施設調査 病院の緩和ケアに関する地域連携

	全国 N=1775		拠点 n=380		非拠点 n=1395		p-value
	n (%)		n (%)		n (%)		
緩和ケアの担当者が、院外で診察を行える体制がある							
	欠損	292 16.5	53 14.0	239 17.1			0.0041
	はい	205 11.6	61 16.1	144 10.3			
	いいえ	1278 72.0	266 70.0	1012 72.5			
自施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンスを年1回以上開催している							
	欠損	290 16.3	52 13.7	238 17.1			<.0001
	はい	453 25.5	247 65.0	206 14.8			
	いいえ	1032 58.1	81 21.3	951 68.2			
緩和ケアに関する地域連携を推進するための、自施設と地域の他施設との連携体制を構築していくための担当者を明確にしている							
	欠損	295 16.6	54 14.2	241 17.3			<.0001
	はい	546 30.8	227 59.7	319 22.9			
	いいえ	934 52.6	99 26.1	835 59.9			
《はいの施設》							
担当者は、業務として年1回以上、地域連携等のために他施設への訪問をしている							
	欠損	12 2.2	2 10.0	0.88 3.1			0.0637
	はい	416 76.2	168 248.0	74.01 77.7			
	いいえ	118 21.6	57 61.0	25.11 19.1			
地域の他施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための多職種連携カンファレンスに、院内の緩和ケア担当者が積極的に参加するよう促している							
	欠損	293 16.5	53 14.0	240 17.2			<.0001
	はい	649 36.6	230 60.5	419 30.0			
	いいえ	617 34.8	52 13.7	565 40.5			
	わからない	216 12.2	45 11.8	171 12.3			
地域の他の医療機関と連携するときに利用できる、がん患者の症状緩和に関する地域連携クリティカルパスを使用する準備をしている							
	欠損	287 16.2	51 13.4	236 16.9			<.0001
	はい	283 15.9	155 40.8	128 9.2			
	いいえ	1088 61.3	158 41.6	930 66.7			
	わからない	117 6.6	16 4.2	101 7.2			
《はいの施設》							
使用する地域連携クリティカルパスは、年1回以上の使用実績がある							
	欠損	7 2.5	2 5.0	1.29 3.9			0.3466
	はい	129 45.6	73 56.0	47.1 43.8			
	いいえ	147 51.9	80 67.0	51.61 52.3			
地域の他の医療機関と連携するときに利用できる、がん患者の終末期のための意思決定を支援するための地域連携クリティカルパス等のツールを使用する準備をしている							
	欠損	287 16.2	52 13.7	235 16.9			<.0001
	はい	149 8.4	65 17.1	84 6.0			
	いいえ	1195 67.3	238 62.6	957 68.6			
	わからない	144 8.1	25 6.6	119 8.5			
《はいの施設》							
連携クリティカルパス等のツールは、年1回以上の使用実績がある							
	欠損	4 2.7	0 4.0	0 4.8			0.0022
	はい	67 45.0	39 28.0	60 33.3			
	いいえ	78 52.4	26 52.0	40 61.9			

表3-5. 施設調査 施設の緩和ケア提供体制

	全国		拠点		非拠点		P-value
	N=1775		n=380		n=1395		
	n (%)		n (%)		n (%)		
施設の緩和ケア提供体制							
院内統一の疼痛評価尺度がある							
欠損	292	16.5	25	6.58	267	19.14	<.0001
はい	1106	62.3	331	87.11	775	55.56	
いいえ	377	21.2	24	6.32	353	25.3	
がん疼痛のために、クモ膜下フェノールブロック・内臓神経ブロック・持続硬膜外ブロック・高周波熱凝固療法のいずれかを年1例以上施行している							
欠損	287	16.2	26	6.84	261	18.71	<.0001
はい	322	18.1	172	45.26	150	10.75	
いいえ	1166	65.7	182	47.89	984	70.54	
骨転移の放射線療法を行った実績が年10例以上ある							
欠損	288	16.2	25	6.58	263	18.85	<.0001
はい	495	27.9	320	84.21	175	12.54	
いいえ	992	55.9	35	9.21	957	68.6	
麻薬の自己管理を行った入院患者が年1名以上いる							
欠損	295	16.6	28	7.37	267	19.14	<.0001
はい	868	48.9	288	75.79	580	41.58	
いいえ	612	34.5	64	16.84	548	39.28	
がん患者に対する緩和ケアの状況							
痛みの原因(がん性疼痛か非がん性疼痛か、など)に基づいてオピオイド鎮痛薬を使用できている							
概ねできている, できている	1346	75.8	340	89.47	1006	72.11	<.0001
オピオイドの副作用(悪心・便秘・眠気・呼吸抑制・せん妄など)に適切に対応できている							
概ねできている, できている	1294	72.9	336	88.42	958	68.67	<.0001
呼吸困難に対してオピオイドを適切に使用できている							
概ねできている, できている	1140	64.2	313	82.37	827	59.28	<.0001
せん妄への対応が適切にできている							
概ねできている, できている	1015	57.2	265	69.74	750	53.76	<.0001
せん妄に伴うリスクを評価し、人権や尊厳を尊重しつつ適切に環境整備や安全管理を行えている							
概ねできている, できている	1065	60.0	276	72.63	789	56.56	<.0001
抑うつ・不安を有する患者から十分に話を聴き、抑うつ・不安への対応が適切にできている							
概ねできている, できている	990	55.8	272	71.58	718	51.47	<.0001
抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働している。							
概ねできている, できている	781	44.0	293	77.11	488	34.98	<.0001
病院で診療していたがん患者の遺族へのケアを行っている。							
概ねできている, できている	386	21.8	88	23.16	298	21.36	<.0001

表3-7. 施設調査 緩和ケアチームがない施設の専門的緩和ケア提供体制(n=1163)

	全国 N=1163		拠点 n=80		非拠点 n=1083	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
緩和ケアの専門性を持つ医師が、緩和ケアが必要な外来患者を診察している						
欠損	438	38	75	94	363	34
はい	214	18	3	4	211	19
いいえ	511	44	2	3	509	47
《はいの施設 n=214》						
週1回以上、外来診療を定期的に行っている						
欠損	3	1	0	0	3	1
はい	141	66	3	100	138	65
いいえ	70	33	0	0	70	33
緩和ケアの専門性を持つ医師が、緩和ケアが必要な入院患者を診察している						
欠損	440	38	75	94	365	34
はい	271	23	4	5	267	25
いいえ	452	39	1	1	451	42
緩和ケアに関する専門性を持つ複数の医療者が、緩和ケアが必要な患者に対して病棟ラウンドやカンファレンスを行っている						
欠損	438	38	75	94	363	34
はい	175	15	4	5	171	16
いいえ	550	47	1	1	549	51
《はいの施設 n=175》						
参加している医療職種						
医師	157	90	2	50	155	91
看護師	164	94	4	100	160	94
薬剤師	118	67	3	75	115	67
その他	98	56	3	75	95	56

表3-8. 施設調査 拠点病院の2008-2018年の経時的変化(n=281)

	Year, %			Change			
	2008	2010	2018	2008-2018	P-value	2010-2018	P-value
病院としての緩和ケアに取り組む体制							
院内の緩和ケアケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている	44.8	71.2	69.8	24.9	<0.001	-1.4	0.031
病院として地域の緩和ケアの向上に取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている	28.1	49.5	48.4	20.3	<0.001	-1.1	0.231
病院として緩和ケアに取り組むための年次計画が策定され、文書化されている	40.2	53.0	55.2	15.0	<0.001	2.1	0.062
病院管理者(院長・副院長・事務部門・看護部長など)と緩和ケア責任者・緩和ケアチームなどが参加する会議が年1回以上開催されている	73.3	76.5	68.3	-5.0	0.251	-8.2	0.824
緩和ケアに関する診療実績は院内職員が見られるかたちで報告または公開されている	56.2	66.6	63.4	7.1	<0.001	-3.2	0.315
緩和ケアの提供を行っていることを、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料などにより、患者や家族に情報提供を行っている	58.7	95.4	85.1	26.3	<0.001	-10.3	0.824
緩和ケアに関する患者・家族向けのパンフレットがあり、外来に常備するなど、患者・家族が容易に入手できるように提供されている	55.2	87.9	80.1	24.9	<0.001	-7.8	0.652
緩和ケアに関する診療内容・受診方法についてホームページや病院便りなどで広報されている	53.7	90.8	85.1	31.3	<0.001	-5.7	0.016
緩和ケアに関する診療実績がホームページなどで患者・家族向けに公開されている	10.0	25.3	44.1	34.2	<0.001	18.9	<0.001
自施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンスを年1回以上開催している	47.7	52.0	67.6	19.9	<0.001	15.7	<0.001
施設の緩和ケア提供体制							
院内統一の疼痛評価尺度がある	79.4	91.8	90.8	11.4	<0.001	-1.1	0.136
がん疼痛のために、クモ膜下フェノールブロック・内臓神経ブロック・持続硬膜外ブロック・高周波熱凝固療法のいずれかを年1例以上施行している	63.0	61.6	44.5	-18.5	<0.001	-17.1	<0.001
骨転移の放射線療法を行った実績が年10例以上ある	91.5	94.3	89.7	-1.8	0.115	-4.6	1.000
麻薬の自己管理を行った入院患者が年1名以上いる	63.0	72.2	77.9	15.0	<0.001	5.7	<0.001
緩和ケアチームの活動状況							
緩和ケアチームの活動指針が明文化されている	89.7	96.4	88.3	-1.4	0.110	-8.2	0.167
緩和ケアチームへ紹介を行う手続きが明文化され周知されている	89.3	96.8	90.4	1.1	0.003	-6.4	1.000
緩和ケアチームが診療している患者に対して原則として週1回以上の直接診療を行っており、かつ、必要な場合に平日の日勤帯はいつでも緩和ケアチームのいずれかのメンバーが患者を直接診療できる体制がある	75.8	89.3	87.2	11.4	<0.001	-2.1	0.108
緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている	55.9	76.9	76.5	20.6	<0.001	-0.4	0.077
緩和ケアチームは少なくとも週1回、メンバーでカンファレンス、または、回診を行っている	78.3	97.9	92.5	14.2	<0.001	-5.3	0.375
緩和ケアチームに年間50名以上の直接の診察またはコンサルテーションによる診療実績がある(実人数)	53.0	76.2	85.4	32.4	<0.001	9.3	<0.001
疼痛以外の身体症状・精神症状の緩和を目的とした依頼が20%以上である	64.4	82.6	82.2	17.8	<0.001	-0.4	0.161
平日の日勤帯はいつでも精神症状の緩和に携わる医師が患者を直接診療できる体制を有している。	60.9	64.1	56.6	-4.3	1.000	-7.5	0.228
緩和ケアチームに、専門看護師(がん看護)、緩和ケア認定看護師、または、がん性疼痛看護認定看護師が少なくとも1名いる。	56.9	80.4	92.9	35.9	<0.001	12.5	<0.001
緩和ケアチームの活動に管理栄養士が参加することが明文化されている	52.7	59.8	68.3	15.7	<0.001	8.5	<0.001
緩和ケアチームの活動にリハビリテーション科医師または理学療法士または作業療法士が参加することが明文化されている	43.4	52.3	61.9	18.5	<0.001	9.6	<0.001
入院患者に対して麻薬が初めて処方されたとき、薬剤師が服薬指導を行った記録が10人以上ある。	89.0	95.4	86.8	-2.1	0.143	-8.5	0.152
緩和ケアチームが診療した患者のデータベースや一覧表を作成している	88.6	95.7	89.0	0.4	0.014	-6.8	0.804

表 4. 支持療法に関して標準的診療を行っている医師の割合

がん診療について(range 1-6)	5. そう思う～6. とても思う 回答割合			
	拠点病院 (n=4198)		拠点病院以外の病院 (n=2019)	
	n	%	n	%
○がん疼痛のある患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している	2890	68.8	1420	70.3
○がん疼痛のある患者に対して、あるオピオイドを一定量投与しても効果がないときは、異なるオピオイドを使用することを検討している	2910	69.3	1419	70.3
○オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合(突出痛)には、定期量の6分の1を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている	2905	69.2	1445	71.6
○神経障害の疼痛(神経叢浸潤・脊髄浸潤など、びりびり電気が走るような・しびれる・じんじんする痛み)に対しては、プレガバリン、アミトリプチロンなどの鎮痛補助薬を投与している	2495	59.4	1194	59.1
○酸素吸入や輸液の減量などをしていても緩和しない呼吸困難があるがん患者に対して、モルヒネなどのオピオイドを持続投与することを検討している	2746	65.4	1347	66.7
○せん妄を診断したとき、まず原因を想定しての治療に取り組むようにしている	1998	47.6	985	48.8

(注)「がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合」については、「がん疼痛のある患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している」「がん疼痛のある患者に対して、あるオピオイドを一定量投与しても効果がないときは、異なるオピオイドを使用することを検討している」「オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合(突出痛)には、定期量の6分の1を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている」の3つの質問に対する回答割合の平均値で算出している。

「がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合」

がん拠点病院 69.1%、非がん拠点病院 70.7%

● がん対策進捗管理指標「緩和ケア分野」（2019年10月29日版）

指標の色分け

測定可能と考えられるもの
協力施設や代理指標等を用いて測定可能と考えているもの
測定を試行するが、継続的に測定可能かどうか不明なもの

死亡場所	
1	<p>指標名：死亡場所（自宅） データ源：人口動態調査（毎年/翌年9月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者</p> <p>算出法（分子）： がん患者の自宅死亡割合</p>
2	<p>指標名：死亡場所（施設） データ源：人口動態調査（毎年/翌年9月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者</p> <p>算出法（分子）： がん患者の施設死亡割合</p>
医療用麻薬の利用状況	
3	<p>指標名：主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量 データ源：厚生労働省【算出可能データで代理指標とする】 対象（分母）： （絶対値）</p> <p>算出法（分子）： 主要な医療用麻薬（経口モルヒネ＋経腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）の消費量（g/年）</p>
緩和ケア専門サービスの普及	
4	<p>指標名：専門的緩和ケアサービスの利用状況 データ源：医療施設調査等【拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要】 対象（分母）： 全医療機関</p> <p>算出法（分子）： 過去1年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・（機能強化型）在宅療養支援診療所・（機能強化型）訪問看護ステーションを利用したがん患者数（延べ数）</p>
緩和ケア専門人員の配置	
5	<p>指標名：専門・認定看護師の専門分野への配置 データ源：専門・認定看護師調査 対象（分母）： がん看護専門看護師，緩和ケア認定看護師，がん性疼痛看護認定看護師</p> <p>算出法（分子）： 「緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事できている」と回答した割合</p>
一般医療者に対する教育	
6	<p>指標名：緩和ケア研修修了者数 データ源：厚生労働省（発行修了証数） 対象（分母）： （絶対値）</p> <p>算出法（分子）： 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了医師数</p>
一般市民への普及	
7	<p>指標名：一般市民の緩和ケアの認識 データ源：がん対策に関する世論調査 対象（分母）： 一般市民</p> <p>算出法（分子）： 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげることということをよく知っている」，「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施され</p>

		るべきもの」とそれぞれ回答した割合
8	<p>指標名：一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源：がん対策に関する世論調査 対象（分母）： 一般市民</p>	<p>算出法（分子）： 「がんの痛みに対して使用する医療用麻薬は、精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合</p>
緩和ケアに関する地域連携		
9	<p>指標名：地域多職種カンファレンスの開催状況 データ源：がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象（分母）： がん診療連携拠点病院</p>	<p>算出法（分子）： 都道府県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数</p>
がん患者の QOL		
10	<p>指標名：がん患者のからだのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者</p>	<p>算出法（分子）： 「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合</p>
11	<p>指標名：がん患者の疼痛 データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者</p>	<p>算出法（分子）： 「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合</p>
12	<p>指標名：がん患者の気持ちのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者</p>	<p>算出法（分子）： 「気持ちがつらい」について「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合</p>
終末期がん患者の緩和ケアの質		
13	<p>指標名：医療者の対応の質 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族</p>	<p>算出法（分子）： 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合</p>
終末期がん患者の QOL		
14	<p>指標名：終末期がん患者の療養場所の選択 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族</p>	<p>算出法（分子）： 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合</p>
家族ケア		
15	<p>指標名：家族の介護負担感 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族</p>	<p>算出法（分子）： 「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合</p>

● 各指標データ

死亡場所に関する状況	
1	指標名：死亡場所（自宅） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の自宅死亡割合
2	指標名：死亡場所（施設） データ源：人口動態調査（毎年/ 翌年 9 月公表） 対象（分母）： 全がん死亡者 算出法（分子）： がん患者の施設死亡割合
備考	<p>がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合と併せて、施設死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死(good death)に対する重要な要素となっている。がん患者遺族を対象とする調査では、半数以上が療養場所や死亡場所として自宅を希望したことが示されている。</p> <p>グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によっては、自宅ではなく施設(老人ホーム・介護老人保健施設)に含まれてしまっている可能性がある。</p>

死亡場所(自宅・施設割合) (%)

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
自宅	5.7	6.2	6.7	7.3	7.4	7.8	8.2	8.9	9.6	9.9	10.4	11.0
施設	0.6	0.8	0.9	1	1.2	1.4	1.6	2.0	2.2	2.6	2.9	3.3
H29												
自宅	11.7											
施設	3.5											

1 月 1 日～12 月 31 日の年間使用量

医療用麻薬の利用状況

3	<p>指標名：主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量 データ源：厚生労働省【算出可能データで代理指標とする】 対象（分母）： （絶対値）</p> <p style="text-align: right;">算出法（分子）： 主要な医療用麻薬（経口モルヒネ＋経腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）の消費量（g/年）</p>
---	--

備考 がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬の算出可能データとして、「主要な医療用麻薬（モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算（g）の全消費量」から「周術期の鎮痛薬として使用されることも多いフェンタニル注射液年間消費量 モルヒネ換算（g）」を除いた数値を代理指標とする（表記はKg単位）。

なお、医療用麻薬の消費量は国単位の国際比較ではよく用いられる場合はあるが、指標としては法規制の指標（医療用麻薬が使用できるかどうか）と考えられており、国内の同じ法規制下にある状況下で、施設単位、地域単位の国内のがん疼痛管理の指標としての用いることができるかどうかは検討課題となっている。がん疼痛緩和の質を評価する方法については、研究班（細川班）の研究結果を踏まえて検討していく必要がある。

主要な医療用麻薬の消費量(g/年)(モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算(g))

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
(A) モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの年間合計消費量 モルヒネ換算(g)	4,053,423	5,163,710	5,304,662	5,251,049	5,249,506	5,226,454	5,149,456	4,921,041	4,798,401
(B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算(g)	175,507	219,315	246,946	272,708	336,224	311,856	330,361	325,396	338,034
(A)-(B)	3,877,915	4,944,396	5,057,716	4,978,341	4,913,283	4,914,598	4,819,094	4,595,645	4,460,367

H29

(A) モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの年間合計消費量 モルヒネ換算(g)	4,602,484
(B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算(g)	365,011
(A)-(B)	4,237,473

出典：厚生労働省，1月1日～12月31日の年間使用量

緩和ケア専門サービスの普及状況

4	<p>指標名：専門的緩和ケアサービスの利用状況</p> <p>データ源：医療施設調査等【拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要】</p> <p>対象（分母）： 全医療機関</p>	<p>算出法（分子）： 過去1年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・（機能強化型）在宅療養支援診療所・（機能強化型）訪問看護ステーションを利用したがん患者数（延べ数）</p>
備考	<p>専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数，緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。</p>	

医療施設調査：緩和ケアの状況

		H20	H23	H26	H29
緩和ケア病棟あり	施設数	229	279	366	433
	病床数	4,230	5,122	6,997	8,387
	9月中の取扱患者延数	70,542	87,483	106,235	127,661
緩和ケアチームあり	施設数	612	861	991	1,086
	9月中の患者数	16,349	23,374	28,042	30,028
	（再掲）新規依頼患者数	3,453	5,191	7,793	9,030

拠点病院現況報告書

	H25(年度)	H26(年度)*
緩和ケアチーム：年間新規診療症例数	56,655	57,029†
緩和ケア外来：年間新規診療症例数	21,109	20,756‡

*平成26年1月1日～平成26年12月31日，†398施設/401施設の回答，‡397施設/401施設の回答

緩和ケア専門人員の配置状況

5	<p>指標名：専門・認定看護師の専門分野への配置 データ源：専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】 対象（分母）：がん看護専門看護師，緩和ケア認定看護師， がん性疼痛看護認定看護師 算出法（分子）：「緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任と して従事できている」と回答した割合</p>
---	--

備考 がん診療連携拠点病院の指定要件では、緩和ケア提供体制の整備のため、緩和ケアチームまたは緩和ケアセンターに、公益社会法人看護協会が認定するがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師のいずれかを専従として配置することが示されていることから、専門領域への配置状況を確認する指標とする。

下記数値は、業務全体に占める緩和ケアの割合であり、緩和ケア領域の専門分野(緩和ケアチーム、緩和ケアセンター、相談支援センター等)の業務に限定しない一般的な診療環境で提供されるケアも含まれている。

参考として、医師については日本緩和医療学会の専門医数を指標とする。

専門看護師・認定看護師の業務全体に対する緩和ケアへの従事割合(%)

	がん看護 専門看護師 (n=173)	緩和ケア 認定看護師 (n=618)	がん性疼痛 認定看護師 (n=249)
1-19%	15.6	13.4	18.5
20-49%	27.2	23.3	30.1
50-79%	25.4	20.2	17.7
80-99%	21.4	20.2	16.5
100%	9.2	22.0	16.1

(日本看護協会調べ：平成26年8～9月)

一般医療者に対する教育状況

6	指標名：緩和ケア研修修了医師数 データ源：厚生労働省（発行修了証数） 対象（分母）： （絶対値）	算出法（分子）： 緩和ケア研修会の修了医師数
---	--	----------------------------------

備考 がん対策の緩和ケアの目標である「5年以内に、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること」という観点から、一般医療者の育成について、がん診療に携わる医師の研修修了者数の全体像を捉える目的で指標とする。

参考として、看護師については「がん医療に携わる看護師研修（日本看護協会）」の研修プログラム修了者を指標とする。

緩和ケア研修修了医師数

年.月	H20.12	H21.10	H22.12	H24.9	H25.3	H26.9	H27.3	H27.9	H28.3	H28.9
修了証書交付枚数	1,071	9,260	20,124	36,647	40,550	52,254	57,764	63,528	73,211	81,571

年.月	H29.7	H30.9
修了証書交付枚数	101,019	113,907

一般市民への普及状況

7	<p>指標名：一般市民の緩和ケアの認識 データ源：がん対策に関する世論調査（内閣府） 対象（分母）：一般市民</p>	<p>算出法（分子）： 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげることということをよく知っている」、「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合</p>
備考	<p>患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており、がん対策の施策として一般民への普及啓発が進められていることから、罹患前の一般市民への普及啓発状況を把握する指標とする。</p>	
8	<p>指標名：一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源：がん対策に関する世論調査（内閣府） 対象（分母）：一般市民</p>	<p>算出法（分子）： 「医療用麻薬は精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合</p>
備考	<p>患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており、患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が認められている。患者・家族に麻薬の正しい理解が得られないことから、適切に使用されないこともあり、医療用麻薬の正しい認識状況を指標とする。</p>	

がん対策に関する世論調査：緩和ケアについて

質問	回答	H25.1 (N=1883) 割合(%)	H26.11 (N=1799) 割合(%)	H28.11 (N=1815) 割合(%)	R1.7 (N=1647) 割合(%)
がん医療における緩和ケアとは、がんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか	よく知っている	34.3	40.5	26.2	-
	言葉だけは知っている	29.0	26.8	39.2	-
	知らない	35.7	31.8	34.0	-
あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきものと思っていますか	がんと診断されたときから	58.3	57.9	56.1	52.2
	がんの治療が始まったときから	22.6	21.8	20.5	21.7
	がんが治る見込みがなくなったときから	13.1	13.9	16.2	19.6
医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか（複数回答可）	正しく使用すればがんの痛みに効果的だと思う	-	55.7	52.9	47.5
	正しく使用すれば安全だと思う	-	52.8	52.7	48.3
	だんだん効かなくなると思う	-	37.1	29.1	26.8
	最後の手段だと思う	-	32.6	31.5	30.4
	いったん使用し始めたらやめられなくなると思う	-	17.7	14.8	15.1
	眠気や便秘などの副作用が強いと思う	-	15.3	13.7	8.7
	寿命を縮めると思う	-	12.9	11.0	8.0
	「麻薬」という言葉が含まれていて、怖いと思う	-	11.6	14.0	10.8
	精神的におかしくなると思う	-	10.0	9.3	7.9
	がんの治療に悪い影響があると思う	-	2.2	1.8	1.3

	使用することは道徳に反することだと思う	-	1.2	2.4	
がんの痛みが生じ、医師から医療用麻薬の使用を提案された場合、医療用麻薬を使用したいと思いますか	使いたい	-	41.3	39.5	-
	どちらかといえば使いたい	-	31.0	27.9	-
	どちらかといえば使いたくない	-	19.5	22.0	-
	使いたくない	-	5.1	7.0	-

OPTIM 研究：地域住民の医療用麻薬についての知識(介入前 平成 20 年)

質問	回答	割合 (%)
モルヒネなどの医療用麻薬は麻薬中毒になったり、命を縮める	そう思わない	12
	あまりそう思わない	17
	どちらともいえない	38
	そう思う	22
	とてもそう思う	4

出典：OPTIM Report 2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書

緩和ケアに関する地域連携の状況

9	指標名：地域多職種カンファレンスの開催状況 データ源：がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象（分母）： がん診療連携拠点病院	算出法（分子）： 県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数
備考	地域の緩和ケアに関する連携を促進するためには、多職種カンファレンス等による地域内の医療福祉従事者間のコミュニケーションの向上が寄与する。緩和ケアの地域連携の指標として、地域内の医療機関の連携が実際に行われているかを把握するため、地域多職種カンファレンスの開催数が指標となった。 本指標は、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設の多職種が参加するカンファレンスであり、「退院前カンファレンス」等、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まれない。	

拠点病院現況報告書

(403 施設/409 施設の回答)	H26	H27*
地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンス開催回数	1,799	1,463†

*平成 26 年 8 月 1 日～平成 27 年 7 月 31 日， †399 施設/401 施設の回答

がん患者の QOL の状況	
10	指標名：がん患者のからだのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者 算出法（分子）： 「からだの苦痛がある」について「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
11	指標名：がん患者の疼痛 データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者 算出法（分子）： 「痛みがある」について「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
12	指標名：がん患者の気持ちのつらさ データ源：患者診療体験調査 対象（分母）： がん患者 算出法（分子）： 「気持ちがつらい」について「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
備考	<p>がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和ケアされること」という観点から、がん患者の療養生活の質（Quality-of-life, QOL）として「からだのつらさ」の無さが指標とする。</p> <p>質問「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある」という問いに対し、回答方法は「1.そう思う」～「5.そう思わない」の5段階評価で4.あまりそう思わない、5.そう思わないと回答した割合とする。</p> <p>受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として用いることが可能（受療行動調査：3年毎10月実施/翌年9月公表、次回平成26年度実施）。</p> <p>なお、終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体のQOLを把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査によるQOL調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。</p>

受療行動調査：心身の状態（悪性新生物患者）

質問	割合 (%)					
	H23		H26		H29	
	あまり そう思わない	そう 思わない	あまり そう思わない	そう 思わない	あまり そう思わない	そう 思わない
外来						
からだの苦痛がある	14.3	33.0	17.5	31.4	20.6	29.3
痛みがある	10.3	40.3	13.3	39.8	15.5	39.7
気持ちがつらい	11.8	33.5	13.5	28.8	16.7	28.2
入院						
からだの苦痛がある	16.6	14.8	17.6	17.1	17.9	12.8
痛みがある	14.4	22.0	15	23.7	15.6	20
気持ちがつらい	12.1	18.2	12.3	17.9	13.5	13.6

出典：受療行動調査

患者体験調査(平成 27 年 1～3 月)

質問	割合(%)				
	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまりそう思わ ない	そう 思わない
からだの苦痛がある	10.6	23.9	8.1	25.9	31.5
痛みがある	6.3	14.1	7.7	20.0	51.9
気持ちがつらい	8.7	19.6	10.2	22.2	39.3

終末期がん患者の緩和ケアの質の状況

13	指標名：医療者の対応の質 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合
備考	がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する」という観点から、医療者のケアの質（Quality-of-Care, QOC）として「医療者が患者のつらい症状にすみやかに対応していた」かについて指標とした。	
対象については、終末期がん患者への調査負担を考慮して遺族調査で代理する。		

遺族による緩和ケアの質調査結果

質問	回答	割合(%)		
		H20 拠点病院	H23 一般・拠点病院	H26 一般病院(拠点 病院含む)
医師は患者のつらい症状にすみやかに対応していた	改善の必要が 全くない ほとんどない の合計	55	62	-
(参考指標) 医師は患者のからだの苦痛を和らげるように努めていた	改善の必要が 全くない ほとんどない の合計	-	62	92 (非常にそう思う, そう 思う, ややそう思う の合計)

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE2, J-HOPE3)

遺族調査(予備調査 2018)

質問	回答	割合(%)
		H30
医療者は患者の苦痛症状に速やかに対応していた	ややそう思う そう思う とてもそう思う の合計	83.7

終末期がん患者の QOL の状況

14	<p>指標名：終末期がん患者の療養場所の選択 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）：がん患者遺族 算出法（分子）：「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合</p>
備考	<p>がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、「患者が望んだ場所で過ごせたか」を指標とする。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死（good death）に対する重要な要素である。対象については、療養場所の選択が重要となる終末期の患者とし、遺族調査で代理する。</p> <p>なお、QOL は多次元の要素で構成される概念であり単一指標で測定することは困難であるため、終末期がん患者の QOL を評価する場合は、多面的な評価結果を補助資料として解釈することが必要である。</p>

遺族による望ましい死の達成度調査結果

質問	回答	割合(%)		
		H20 拠点病院	H23 一般・拠点病 院	H26 一般病院(拠 点病院含む)
患者は望んだ場所で過ごせた	非常にそう思う			
	そう思う	54	54	44
	ややそう思う			
	の合計			

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（J-HOPE2・J-HOPE3）

遺族調査（予備調査 2018）

質問	回答	割合(%)
		H30
患者は望んだ場所で過ごせた	ややそう思う	
	そう思う	55.9
	とてもそう思う	
	の合計	

家族ケアの状況

15	指標名：家族の介護負担感 データ源：遺族アンケート調査【平成 30 年度中に測定予定】 対象（分母）： がん患者遺族	算出法（分子）： 「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合
備考	がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、家族が「介護をしたことで負担感が大きかった」どうかを指標とする。	

終末期がん患者の遺族による介護負担感調査結果(平成 19 年)

質問	回答者	割合(%)			
		非常にそう 思う	そう思う	やや そう思う	どちらともい えない～まっ たくそう思わ ない
介護をしたことで自分の時 間や予定が犠牲になった	緩和ケア病棟遺族	7	10	14	70
	在宅緩和ケア遺族	6	10	12	70
介護をしたことで身体的な 負担が多かった	緩和ケア病棟遺族	8	14	21	56
	在宅緩和ケア遺族	13	18	18	52
介護をしたことで精神的負 担が多かった	緩和ケア病棟遺族	18	24	21	36
	在宅緩和ケア遺族	22	24	19	34
介護をしたことで経済的な 負担が多かった	緩和ケア病棟遺族	7	12	15	66
	在宅緩和ケア遺族	6	10	13	70

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE)

遺族調査（予備調査 2018）

質問	回答	割合(%)
		H30
介護をしたことで全般的に負担 感が大きかった	ややそう思う	42.1
	そう思う	
	とてもそう思う	
	の合計	