

がん診療連携拠点病院等外来通院患者への緩和ケア提供体制 調査報告書

日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会
都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会
2022年11月

目次

I.	調査背景	3
II.	調査目的	3
III.	用語の定義	3
IV.	調査方法	3
1.	インタビュー調査	3
2.	Web アンケート調査	4
V.	調査結果	5
1.	インタビュー調査結果	5
1)	回答者背景	5
2)	外来通院患者への緩和ケア提供体制の問題点	6
3)	望ましい外来緩和ケア機能	10
2.	Web アンケート調査結果	17
1)	回答数	17
2)	回答施設背景	17
3)	緩和ケア外来の構造	18
4)	外来がん患者への専門的緩和ケア診療機能	22
5)	施設全体の外来患者への緩和ケア提供体制	27
VI.	資料 Web アンケート調査項目	30
VII.	謝辞	36
VIII.	調査組織	36

I. 調査背景

わが国において、がん患者の入院日数は短縮化し、通院治療へシフトしており、治療の副作用や症状のコントロールをしながら通院するがん患者は増加している。がん診療連携拠点病院では、入院患者に限らず外来患者に対しても必要な緩和ケアを提供するため、緩和ケア外来の整備が進められた。一方で、緩和ケア外来に求められる機能が曖昧であることから、外来患者へ提供されるサービスが不明瞭であることが課題となっている。

II. 調査目的

がん診療連携拠点病院等の外来通院患者への緩和ケア提供体制の実態を明らかにする。

III. 用語の定義

本調査で用いる緩和ケア外来の機能とは、緩和ケア病棟への入院を前提にした診療（入棟相談）は含めず、がん患者の症状緩和や治療方針等の検討等を目的とする外来の診療機能とする。

IV. 調査方法

1. インタビュー調査

1) 対象者

患者・家族

国立がん研究センターがん対策研究所の患者パネルに対して、外来通院中に緩和ケアの利用経験がある、または利用を検討したことがあることを条件に調査協力を依頼し、協力同意が得られた 5 名
医療従事者

機縁法によりがん治療医、緩和ケア医、精神科医、がん看護専門看護師に調査協力を依頼し、協力同意が得られた 8 名
計 13 名

2) 方法

半構造化面談 30 分程度/人、Web 会議システム Zoom（© Zoom Video Communications, Inc.）または Microsoft Teams（© Microsoft）を用いた。

質問内容

- ・ 外来通院患者さんが、痛みなどの身体症状の緩和が必要なときの診療体制

- ・ 外来通院患者さんが、病状説明後の精神的なフォローアップが必要なときの支援体制
- ・ 外来通院患者さんへ必要な緩和ケアを提供するために、望ましいと思う診療機能や支援機能など

インタビュー協力者には謝礼として1000円分のQUOカードを贈呈した。

3) 調査実施時期

2022年3～4月

4) 分析

外来通院患者への緩和ケア提供体制の問題点、望ましい外来緩和ケア機能の帰納的内容分析

2. Web アンケート調査

1) 対象者

厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院 453施設（2022.4現在）

上記以外の日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録施設 176施設（2022.6現在）

の緩和ケア担当代表者

対象者には、日本緩和医療学会事務局、または都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会事務局から、電子メールで調査協力を依頼し、回答登録をもって協力同意とみなした。

2) 方法

Web アンケートシステムは WEBCAS formulator（© WOW WORLD Inc.）を用いた。

調査項目

インタビュー調査結果と先行調査研究の文献検索により、調査事務局が以下内容に関する調査項目候補を作成した。その後、デルファイ変法（One round）を用いて、緩和ケアの専門家8名（緩和ケア医3名、精神科医3名、がん看護専門看護師2名）による調査項目の適切性と回答可能性について9段階評価を実施した。

- ・ 施設背景
- ・ 緩和ケア外来の構造
- ・ 外来患者への専門的緩和ケア診療機能
- ・ 施設全体の外来がん患者への緩和ケア提供体制

3) 調査実施時期

2022年7～8月

V. 調査結果

以下、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院は「拠点病院」、それ以外の病院は「一般病院」と示す。

1. インタビュー調査結果

1) 回答者背景

	協力者数
患者・家族	
女性	3
男性	2
年齢, 平均値 (SD)	53(8.9)
医療従事者	
がん治療医 (拠点病院・一般病院)	2
緩和ケア医 (拠点病院・一般病院)	2
精神科医 (一般病院)	2
看護師 (拠点病院)	2

2) 外来通院患者への緩和ケア提供体制の問題点

内容分析の結果、外来通院患者への緩和ケア提供体制の問題点は、7 カテゴリー27 サブカテゴリーが抽出された。

カテゴリー	問題点の語り
1	<p>1) 主治医の抱え込み</p> <p>私の場合、1年間、術後遷延性疼痛で悩みました。主治医には言い続けたのですが、そのうち良くなるということで我慢していました。良くなる気配がないので、自分からペイン科を紹介してくれるように頼みました。私のように痛みがある人に対して、主治医は緩和ケアとかペインクリニックとか、そういう科につなぐ必要があると思います。患者1</p>
2)	<p>2) 緩和ケア専門家への紹介遅れ</p> <p>かかっている診療科に緩和ケアの利用を相談したのですが、再発転移があったときから緩和ケアを導入するという説明でした。早期緩和ケアという視点ではそれでは遅いように思います。診断のときから、患者は非常に大きなモヤモヤ感に襲われますので。患者2</p>
3)	<p>3) 緩和ケアに対する主治医の不信感・抵抗感</p> <p>緩和ケアの併診に壁があるような気がしました。おそらく相手（緩和ケア医）がどのような人かわからない時には、（主治医が）頼みにくいことがあるように感じます。相手側との意思疎通が難しい場合や欲しい回答が来ない場合、相手がどんな人かわからない場合に頼みにくくなると思いますね。がん治療医2</p>
4)	<p>4) 緩和ケア専門医の不在・不足（へき地含む）</p> <p>遠隔地に住んでいて3-4週間に1回しか外来を受診しないような場合に、まだ薬剤量が安定していない方の薬剤調整が難しいですね。訪問看護師が入っている場合は、調整の許容量を伝えて頼むこともありますが、（遠隔地は）十分に行き届いていないように感じます。オンライン診療が整えば、少し改善するかもしれません。看護師2</p>
5)	<p>5) 精神科医の不在・不足</p> <p>精神科医は非常勤の方が週2回来ているので、（精神症状が）これはちょっと難しいという場合には頼むことができますが、常勤ではないので、外来の場合は臨床心理師にお願いしています。入院の場合は緩和ケアチームに頼みます。がん治療医2</p>
6)	<p>6) 患者の緩和ケアに対する抵抗感</p> <p>「緩和ケア」に抵抗があるかは人によると思います。まだ終末期としての緩和ケアと理解している人は多いように思います。でもそうではないことをもっと広めてほしいし、認知してほしい。診療科の名前は「緩和ケア科」ではない名称にすべきだと思います。（緩和ケアを理解してもらうためには）そのためには、緩和ケアについて、主治医が患者に正しく説明できるようにするべきだと思います。患者1</p>

7) 患者の外来緩和ケア利用に対する遠慮

入院中は緩和ケアにお世話になって、本当によくしてもらいました。でも、元気になって退院したにもかかわらず、外来で緩和ケアを受診するのは申し訳ない、元気な人が何で利用するの？と思われるんじゃないかと思います。患者 4

8) 緩和ケア外来機能の不明瞭さ

相談支援センターも緩和ケア科もどのように利用したらいいのか患者にはわかりません。緩和ケアは実際には利用していません。相談支援センターには行ってみましたが、でも中の様子だけ見て帰ってきてしまいました。（診断後）当時、本当にモヤモヤした気持ちで、何かないかと色々探していたんです。患者 2

9) 緩和ケア外来等のリソース情報不足

緩和ケア外来はどこにでもあるわけではないですね。特に地方の場合、リソースも限られるので。症状緩和をおこなってくれる先生がどこにいるか、もっと患者のみんながわかるように情報提供して欲しいですね。今は患者会の知り合いから聞いた話で診療を受けるような状況で、知らない人は受診できません。患者 3

2 不十分な症状緩和

1) 主治医の抱え込み

死亡前の3カ月頃かな、母は一人暮らしだったのですが、痛い痛いと言っていました。あまりに痛みが酷かったのでこれはもう病院に入院して診てもらおうと、兄弟みんなで意を決して病院を受診したのですが、主治医はもうモルヒネも使っているし、じゃあもう少し量を増やしましょうかと、その場しのぎの対応をされて、家に帰されてしまいました。患者 5

2) 主治医と患者のコミュニケーションの困難

患者は、主治医との一対一で対話をしなければならないので、他の医療者の誰かがフォローしてくれるといいと思います。私は副作用を認めてもらえるまでに本当に苦労しました。治療の影響で、2週間に1度は病院に行っていましたが、主治医とコミュニケーションが難しいと感じました・・・こちらから何か相談しても想定する返答は返ってこなくて、むしろ想定を超えた話が返ってくるので、それに対して何と反応したらいいか、アワアワして聞いているうちに（話が）流れて行ってしまいます。こんなことを言ったら笑われるのではないかと、変なことを言っていると思われるのではないかと、遠慮してしまうのかもしれない。なんとも表現が難しい気持ちになります。患者 2

3) 専門家の不足による継続ケアの困難

病院に緩和ケアの専従医師がない場合や他の診療もされている場合、対応が十分ではないように感じています。特に、緩和ケア医がない場合、転院先の主診療科の先生にお願いすることになるので、場合によってはケアが途切れてしまうこともあると思います。看護師 2

4) 専門家による症状コントロールの限界

症状は改善していません。注射や超音波、薬の処方をしてはいますが、痛みは残っています。ペインクリニックの医師から「これはもう治らないかな」とポロっと言われ、すごくショックでした。少なくとも、少しでも良くなりたくて病院に通っているので、後ろ向きの言葉を言われてしまうと、いったい何のために通っているんだって思ってしまいます。少しでも前向きな気持ちになれるような声かけがあるといいですね。患者 1

<p>5) 支持療法の不確立</p> <p>私の場合、免疫阻害剤の副作用があったのですが、症例の蓄積もないし、対症療法も確立していないから、副作用かどうかがよくわからないといわれ、とてもモヤモヤしていました。痛いとか、苦しいというのは比較的すぐ（主治医が）対応してくれるけど、そうではない症状、たとえば口内炎やしびれとかは、見過ごされてしまう印象があります。患者 2</p>
<p>3 不十分な精神症状緩和</p> <p>1) 精神科医の不足</p> <p>標準治療を受けている時ですが、気分の落ち込みがつかつたですね。主治医に話したのですが、院内の心療内科は混んでいるから近くの心療内科を探す方がいいと提案されて、突き放されたように感じました。できればカルテもある自分の病院で診てもらえる方がよかったですね。患者 1</p> <p>2) 精神的サポート体制の不足（不安・心配対応）</p> <p>気の弱い父でしたので、緩和ケアの看護師さんには本当によく対応してもらったように思います。心配で不安になって、次の外来まで待てない場合に連絡したのですが、看護師さんも一杯一杯だったので対応してもらうことができなかった。本当に忙しいことを知っていたのではないかと思うのですが、もっとそういった看護師さんがいてくれたらなと感じました。患者 3</p>
<p>4 意思決定支援体制の不足</p> <p>1) 外来看護師不在によるサポート体制の希薄化</p> <p>入院の看護体制 7:1 を満たすために、外来に看護師さんがいないので、患者や家族の気がかりに気が付く人がいないですね。昔なら、診療室に一人は看護師がいて、あれっ？と思ったときにフォローに入ることができていたと思いますが、今は看護師がいないので大分見過ごされていると思います。緩和ケア医 1</p> <p>2) 患者との EOL-Discussion の遅れ</p> <p>意思決定支援 EOL-discussion は、治療医のキャラクターによる個人差もありますね。おそらく何かしらのケアが必要な患者さんの半分くらいしか介入できていない印象がありますね。まだまだ高齢の先生は緩和ケアに対する偏見をもっていることがあるので、紹介につながらない場合もあります。精神科医 1</p> <p>3) 主治医のコミュニケーション力不足</p> <p>最後の最後で、お看取りの状況になってから（緩和ケア科に）依頼されることも多いので、そうすると家族のオピオイド使用の印象も悪くなります。特に、がん患者以外にはまだハードルが高い印象があります。循環器や ICU では、終末期と判断するタイミングも難しいのですが、緩和に依頼してくるときの家族への説明ももうすこし改善できるといいと思っています。看護師 1</p>
<p>5 家族支援体制の不足</p> <p>1) 外来のスクリーニング普及の困難</p> <p>（家族支援の必要性を）当院でスクリーニングを導入する場合、とったあとの対応云々ではなく、だれがどこでとるか、からの問題が発生するので実施は難しいですね。がん治療医 2</p>

2)	家族との EOL-Discussion の遅れ
<p>もう少し病状や今後の経過など、家族にもきちんと説明してもらえるとよかったかなと思います。父の具合が悪くなって、病院に行っても何もしてあげられないことが辛くて、状態の変化に向き合えませんでした。・・・今思えば、今後のこと・看取りのことなど先生から、先生ではなくても看護師さんからでも早いうちに説明があったら、もう少し家族も向き合うことができたのではないかと思います。患者 3</p>	
3)	COVID-19・核家族による家族ケアの不足
<p>家族支援として特別に何か提供するという事はしていません。今は、患者さんも一人で診察に来るので、家族に会うことも少ないですね。よほど具合が悪くなれば付き添ってくることはあってもね。緩和ケア医 1</p>	
6 地域連携の困難	
1)	後方連携に係る手続きに対する主治医の負担
<p>後方連携病院への転院は手間がかかり大変なので、（地域に）緩和ケア病棟があるとストレスがなくていいですね。昔は、大学の力が大きい地域の場合は、転院も頼みやすかったです。今の地域はそういう大学の医局が管理できる地域ではないので、お願いするのとても気を遣います。がん治療医 1</p>	
2)	緩和ケア専門医の不足
<p>圧倒的に医師が足りないと思います。緩和ケア病棟がある病院でも医師が1-2人程度です。外の先生と連携するときも医師が少ないから対応できる枠にも限りがあって、（緩和ケア病棟の）予約が取りづらいのは何年も課題です。・・・緩和ケア外来の受診をと思って、マンパワーが足りないからまだそちらで頑張ってくださいと言われてしまう。それで入院までに間に合わないこともあります。看護師 1</p>	
7 一般的な外来緩和ケア提供体制の未整備	
1)	専従緩和ケア医の不在
<p>拠点病院は、人員がいるところはある程度（外来で専門的な緩和ケアを）提供できていると思いますが、二次医療圏に一つ拠点を作らなくてはならないので無理に指定を受けているような場合は、実際には十分体制が整備できていないこともあるように思います。緩和ケア医 1</p>	
2)	病院管理者の認識不足
<p>問題は、緩和ケアに対する病院管理者の認識がないと進まないと思います。今の病院は治療ばかりに重点が置かれていて、ケアは不十分、全く手をつけていなくて、症状緩和や意思決定支援という点ではまもらない病院でした。看護部長と副看護部長が緩和ケアの認定資格を持っていて、治療だけして、ケアを行う医師がいないのはまずいということで、ここに移動してきたんです。精神科医 1</p>	
3)	診療報酬上の制限（外来緩和ケア管理料）
<p>外来緩和ケア管理料は、疼痛で Opioid 投与している方だけが対象となっていることが問題です。それ以外はサービス診療になってしまうので学会から要望を出しているがなかなか変わらないので何とかならないかと思っています。精神科医 2</p>	

3) 望ましい外来緩和ケア機能

内容分析の結果、望ましい外来緩和ケア機能は、8 カテゴリー44 サブカテゴリーが抽出された。

カテゴリー	アプローチ例の語り
1	緩和ケア専門家へのアクセス改善
1)	緩和ケア医のオンデマンド対応 毎日外来診療しています。予約枠もありますけど、オンデマンドでも対応しています。(緩和ケア医が) 処方権もあります。患者さんの状況に応じて診療や処方スタイルが変わります。例えば、通院治療室で治療中に診察することもあるし、外来の診察室で診るパターンもありますね。処方も同様に主治医が出す場合もあるし、細かい薬剤調整とかで自分で処方する場合もありますね。緩和ケア医 1
2)	専門・認定看護師の外来専従配置 (緩和ケア医がない場合) 専門の看護師さんでもいいのもう少し対応できる方がいるといいなと思いました。予約診療だけで、予約していないと対応してもらえない状況でしたので、それまで我慢しなければならなくなっていました。主治医の診察も週2回だったのですが、症状が出てどうにかしてもらいたいと思ってもすぐ相談できないのが大変でしたね。患者 3
3)	スクリーニングシートの有効活用 主科の医師は、患者さんからの(緩和ケア科受診) 依頼には抵抗感はないのですが、看護師からの依頼は主治医があまりよく思わない場合があるので、当院の場合、スクリーニングシートで、看護師さん対応希望などのサポートの希望をチェックする項目があるので、そこで患者からつながるようになっていきます。看護師 2
4)	予後予測の導入による緩和ケア介入時期の早期化 診療科に予後予測を導入していて、早めの(緩和ケア科の) 介入を呼び掛けています。診療科にもよるのですが、徐々に早期に変わってきているように思います。看護師 2
5)	緩和ケアチームによる緩和ケア介入対象患者の拾い上げ 全国どこにも緩和ケアチームがあって気軽に頼める方がいいが、リソースの限界が生じますね。自分が栄養サポートチームで活動していたときは、基準を決めて、アルブミンがいくつとかで患者さんを拾いに行っていたので、そういうこともしてくれると(主治医が緩和ケア医に) 話かけやすくなるように思います。がん治療医 2
6)	強制的な早期緩和ケア併診システムの導入 緩和ケアが気軽に利用できるようにしてほしいです。例えば、がんの人は全員緩和ケアチームにかからなければならないようなシステムにしてくれると有難いです。自主的というよりも強制的に、もしくは先生(主治医) から外来の緩和ケアを利用してみるのはどうですか? と言ってもらえるといいですね。患者 4

7)	ICT を活用した診療の普及（オンライン診療）
	<p>（緩和ケア科で）何か特別な症状緩和が必要かというところではない場合が多い、ごちゃごちゃした状況を整理してあげるだけでも解決することも多いですね。継続的なフォローが必要かというところではなくて、一回の相談で上手く進むことも多いので、ICT で相談対応できるようなサービスがあるといいと思います。緩和ケア医 2</p>
8)	電子問診機能を用いたスクリーニング・モニタリングの実装
	<p>ePRO（電子問診）は導入すべきだと思います。外来は、初診から電子問診を行って、継続的に症状モニタリングできれば、人海戦術しなくてもピンポイントでアプローチが可能となるので、紙で行っているスクリーニングに伴う労力は大幅に改善するように思います。精神科医 2</p>
9)	ホットラインの設置（電話相談窓口）
	<p>緩和ケア病棟の入院待ちのときに、入院申込をして待ちの間、何かあったらここに電話下さい、といわれたことが本当に心の支えになりました。父は気の弱い人でしたので、実際に電話をしたのは1回だったと聞きましたが、いつでも電話していいということでとても安心していただいていると思います。そういうフォローをしてもらえると知っていたらもっと早くに申し込みをしていたのになあと感じました。患者 3</p>
10)	緩和ケア医のアウトリーチ活動
	<p>アウトリーチは、自分も病院と地域で、週2回は在宅診療を行い数十件診ています。アウトリーチは、そういった表に立つ場合（直接診療）と、全く別の地域に行って、医療者のコンサルテーション的な支援を行う完全に黒子に徹する型があります。前者（直接診療）は、自己満足的なところもあります。でもやりがいを感じることもあるし、後継者育成の勉強のために行うこともあります。後者（コンサルテーション型）の場合は、医療者の勉強として効果はあると思いますが、患者さんからの視点では、利点は小さいように思います。緩和ケア医 2</p>
11)	相談支援センター窓口の有効活用
	<p>患者さんからフォローを依頼してくる場合もありますね。患者さんが相談支援センターに相談して、トリアージされて看護師が介入することもあります。緩和ケアセンターと相談支援センターが同じスペースにあるので、窓口は一つでお話を聞いて、適当な部署につながるシステムになっています。看護師 1</p>
2	専門家による精神心理症状の対応
1)	緩和ケア医による精神症状の対応
	<p>（精神症状）こちらも基本的には緩和に診てもらっています。自殺企図とかじゃない限りは精神科の先生ではなく、大体は緩和に相談します。ちょっとした不眠ぐらいなら自分で処方するということもします。がん治療医 1</p>
2)	心理師による精神心理的な支援体制強化
	<p>治療期間の一定期間で必ず精神的ケアを利用できるシステムが欲しいですね。それは、かならずしも医師ではなくても、最初に医師から説明さえあれば、その後はコメディカルが対応する体制でもいいと思います。患者 2</p>

3)	精神科の病病連携体制の促進
	<p>(緩和ケア科が) 殆どの精神症状にも対応しているが、まれに病的な精神疾患のときに見逃してしまう場合があります。スピード感が必要なのに心理師さんで粘ったりすることで、良くない結果になる場合もある。精神科医がいない場合には、外の病院や関連病院でもいいので、つながる先が必要ですね。緩和ケア医 2</p>
4)	精神科医の常勤配置
	<p>でもやっぱり(精神科医)常勤がいる方がいいですね 眠れないとかせん妄とか、簡単なことも頼んでしまう可能性があります。精神科の先生は常勤でほしいですね、そのほうが頼みやすいです。がん治療医 2</p>
3 意思決定支援体制の強化	
1)	外来看護師による外来診療支援体制の強化
	<p>患者の気がかりなどの対応は、どうしてもこちら(医師)が説明して、その場では何ともないように見えても、看護師がいる場合は、ちょっとしたことに気が付いてフォローしてくれる場合もあると思うので看護師さんがいるというだけでも違うでしょうね。がん治療医 2</p>
2)	心理師による意思決定支援体制の強化
	<p>相談対応で心理師さんに診療報酬がつくようになったから、公認心理師をどんどん配置していけば、治療選択などの意思決定の気がかりに対しては大幅に改善するように思います。精神科医 1</p>
3)	専門・認定看護師による意思決定支援体制の強化
	<p>(認定看護師) おそらく患者や家族のきがかりなど緩和ケア医ではフォローできていないところもきちんと拾ってもらえていると思う。ただ、看護師の整備は保険診療で補えるような体制の整備が必要だろう。外来診療の担当というよりは、病院内を緩和ケアのために横断的に動ける看護師がいることが大切だと思います。緩和ケア医 2</p>
4)	主治医のコミュニケーション能力の向上
	<p>医師のコミュニケーション能力高めることが必要ですね。主治医は、PEACE(緩和ケア研修)とCST(コミュニケーションスキルトレーニング)を受けることもできるので、そういった研修で改善を図る。意思決定支援は、主治医プラスCN・CNSが必要に応じてサポートに入るような体制が必要だと思います。精神科医 2</p>
5)	緩和ケア医のコミュニケーション能力の向上
	<p>早期から・治療期からの介入の必要性がだんだんと普及していき、治療期から緩和ケアの外来に来る方もいますが、その場合にどのような話をすべきか、ただ挨拶だけのような対応をして、十分に対応できていないことがあるのではないかと考えられます。緩和ケア医は、治療期の患者さんが抱えている問題や、その時期に話すべきことなど、空気を読む力を身に着けることが必要だと思います。緩和ケア医 2</p>

4 家族支援体制の強化

1) スクリーニングを活用した家族支援体制の整備

患者さんには、生活の困りごとのスクリーニングを行っています。家族に（スクリーニング）することはないけど、経済的な負担とか、介護で困っていることを聞いて、陽性になれば支援をする体制はあります。緩和ケア医 1

2) 外来看護師による外来診療支援体制の強化

患者と家族との考え方の違いがあったときなどの調整が難しい場合があります。一人で判断しない方がいい場合などは、他のスタッフに入っていただいて、頼んで一緒に検討するようにしています。どうしても自分だけの判断だと視野が狭くなることもあるし、他の方から意見をもらうと解決できることもあるので。特に若い人の場合は困ることがあるが、看護師が来て対応してくれることがある。外来看護師が配慮できるかどうか、いるかないかで変わってくるでしょうね。がん治療医 2

3) 専門家チームによるアプローチの活用

家族へのケアは看護師さんがよくみてくれています。以前は、家族が初診に付き添ってもらって状況を把握するシステムにしていたが、今、単身の方も多いので、家族受診を条件にすることは難しくなりました。家族の状況が不安定な場合は、緩和ケアがチームで話し合っただ対応策を検討する体制が必要だと思います。緩和ケア医 2

4) ICT を活用した家族との EOL-Discussion の導入（オンライン面談）

コロナで PCU でも面会を禁止している関係もあり、オンライン IC を活用しています。・・・ただ、普通に IC するよりも 3 倍手間がかかります。オンライン診療の環境整備をすることが大変です。オンラインが難しい場合は、患者や家族のそれぞれ 2 回 IC するような場合もあります。精神腫瘍医 2

5 医療へき地の対応策

1) 地域単位で連携を担う調整者の配置

地域単位でそういった調整を担う人を整備することもできるかもしれませんが。必ずしも緩和ケア医や認定専門看護師でなくても、相談できる相手がいればいい。地域によっては薬剤師や栄養士などがそういった役割を担えるので、主治医以外で、患者が相談できるような相手が必要だと思います。緩和ケア医 2

2) 地域リソースの把握と有効活用

緩和ケア医や在宅医も地域にいない場合は、地域内のリソースの把握が必要でしょう。病院がやらなくても行政がやってもいいのかもしれませんが。地域の中で、将来の過ごし方について相談ができる人、必ずしも医師や看護師じゃなくてもいいのでそういう人がいればいいと思います。緩和ケア医 2

3) 緩和ケア医の病病連携体制の促進

（緩和ケア）専門医はいた方がいい、紹介元としては、緩和ケア医がいれば紹介したいと考えていると思います。特に大学の医局に力がある地域だと抵抗なく依頼がきます。緩和ケア医がいらないような地域は横の連携をしないといけないと思います。外の病院からの依頼にも対応できるようにすることが必要だと思います。精神科医 1

4)	ICT を活用した診療の普及
	ICT の利用もいいかもしれない。高齢の方の場合は活用が難しいと思うので、主治医の診察の後に残ってもらって、看護師さんとか MSW にシステム（緩和ケア医）につないでもらうことで利用できる可能性がありますね。精神科医 1
5)	ホットラインの設置（電話相談窓口）
	地域によってもリソースがない場合には、ホットラインも一つの解決策だと思います。ただどのように資金を得るかなどシステムの整備が必要でしょうね。緩和ケア医 2
6	地域連携の強化
1)	地域リソースの把握と有効活用
	県内の PCU では、地理的に利便性が悪い場所や担当する医師のキャラクターの問題で十分に活用されていない病院もあるので、そのあたり少し状況を共有して共同診療をおこなうようなことができればいいですね。看護師 2
2)	地域連携室による後方連携体制の強化
	療養場所の転院は、患者さんの希望に応じて、（緩和の先生が）後方連携病院とスムーズに連携してくれます。転院後に何かトラブルがあったとか、先方の困りごとなど主治医に連絡は来ないので、多分問題ないのだと思うのですが、もしかしたら緩和の先生が対応してくれているのかもしれない。がん治療医 1
3)	ICT を活用した地域連携（後方連携）
	今の病院は、A 病院の連携病院になっているので、転院患者さんの場合フォローが必要などきにオンラインで引継ぎのミーティングがある場合があります。すべてのケースに必要なとは思わないと思うが、最近はオンラインで会議ができるので、そういったシステムももっと活用されるといいと思います。がん治療医 2
4)	地域医療者のサポート体制の整備
	当院には専門認定看護師が複数人いるからその中で相談できますが、他の施設では認定看護師が 1 人しかいないことも多い。インフォーマルな相談はありますが、認定（看護師）がいる病院しか把握できていません。コロナ禍でオンラインの研修が増えて、地域に向けた勉強会とかで訪問看護師が参加しやすくなった印象があるので、病院だけでなく訪問看護師をサポートしていくことは大事だと思います。看護師 1
7	外来緩和ケア機能情報発信
1)	緩和ケア外来機能の明確化
	緩和ケア外来の定義がないのが悪いんです。外から何やっているのかわからないので上手くつながらない。外来で何をすべきかを明確にする必要があります。専門医でもそれぞれの診療に違いがあります。標榜の問題もあるかもしれませんが、まずはその病院の外来でどんなことをやってくれるのかが分かるような分類が必要ですよ。緩和ケア医 2
2)	パンフレットを活用した外来緩和ケア診療機能の周知
	緩和ケアの認知については、がん診断告知の際に認定専門看護師がサポートに入って緩和ケアのパンフレットを渡すシステムがあります。精神科医 2

3) 一般市民への早期緩和ケアの普及

一般市民も早期緩和ケアに対して理解するべきだと思います。知り合いと話したりすると、まだ早いようなことも言われるので、それではよくないですね。例えば、NHKで特集番組してもらおうとか、Eテレで扱ってもらおうとか、あとは、中学の保健体育の教育で一コマ使って教育することも必要だと思います。子どものころの記憶は意外と残るものなので、そのころに知っていれば、大人になるころにはどうにかなっているように思います。患者2

4) 病院のHPを活用した周知活動

病院のWEBサイトを充実させることも大事ですよ。深掘しないとわからない情報ではなく、トップページに外来患者の皆様へという形で最初に緩和ケアが利用できることをもっと情報提供する必要があると思います。患者2

8 全般的な提供体制の強化

1) プライマリーケアの充実

基本的な緩和ケアについては、各医療者が基本的な医療として提供することであって、わざわざ緩和ケアと言って提供するものでもないのかもしれないので難しいですよ。緩和ケア医1

2) 専門認定看護師による外来診療支援体制の整備促進

(現在、緩和ケア科のサービスとして位置づけている看護面談は)看護相談として独立しても対応できると思います。薬の副作用対応や飲み方、セルフマネジメントについては、看護外来で十分可能ですよね。そこに医師が入らなくて大丈夫なケースも多くあります。看護師1

3) 専門家チームによるアプローチの活用

緩和ケア科は、最初に医師からチームで関わることの説明があるといいですね。その後は、心理師や相談員、看護師などどのような方が対応してくれても安心して利用できます。コメディカルでは責任を持ってない場合もあるので、責任がもてる医師が最初は対応すべきだと思います。患者2

4) 専門認定看護師の資格取得促進

看護師の場合、資格がとるにも時間かかる。仕事を一度辞めて勉強しなければならないようなこともあるので・・・環境的な要因でなかなか難しい。専門医の場合は、仕事しながらとれることが当たり前なので、看護師の資格もそういう点で取りやすく出来るといいかもしれません。CNやCNS(認定・専門看護師)が増えると外来の質は大きく変わるように思います。でも資格とる間の保証がないと、やる気があっても取りに行けない看護師さんはいると思います。小さい病院に所属する場合は、症例がつかめない場合もあるので、モチベーションがもてないのかもしれないかもしれませんね。がん治療医2

5) 緩和ケア外来設置場所の利便性の向上

緩和ケアの外来は、1階などの通いやすい場所にあるといい。車いすや身体が上手く動かせなくなった場合だと、病院のエレベーターも混んでいて、外来に行くまでに大変だし、場所が遠いと痛い中行くことがしんどいです。患者1

6) 外来診療と訪問診療の融合

外来は待ち時間があるので、患者さんにとっては、残り少ない大事な時間を何時間も待ち時間で使ってしまうことは良くないように思います。僕の外来は待ち時間はほとんどないのですが、教授になると1時間待ちは良くあることなので、プラス緩和の診察もとなるとかなりの時間を使いますしね。遠方から通院の場合は、特に訪問診療で対応できるといいですね。
がん治療医 1

外来通院患者への緩和ケア提供体制 インタビュー結果考察

- ・ 病院内に緩和ケアの専門医がいて、オンデマンド対応が行われている場合、主治医が紹介しやすくなるため、患者の専門的緩和ケアサービスの利用に障害が少なくなる可能性がある
- ・ 外来診療は、主治医と患者が1対1の閉鎖的な環境となるため、入院よりも患者の問題や苦痛が見過ごされている場合がある、特に緩和ケアの専門医がいない病院では、その可能性が強くなる
- ・ 外来に専門・認定看護師が配置されることによって、潜在する患者の問題の特定・対応が可能となるため、外来診療の質が改善する可能性がある
- ・ 緩和ケア外来の機能の定義が不明瞭であるため、患者・医療者に機能周知を図ることで、専門的緩和ケアサービスへのアクセスが改善する可能性がある
- ・ 緩和ケア専門家リソースには限界があるため、外来患者の苦痛のスクリーニングや外来診療でICT（情報通信技術）を活用することで診療の効率化を図ることが必要である

2. Web アンケート調査結果

1) 回答数

	対象数	回答数	回答率
拠点病院	448	279	62.3
一般病院	176	59	33.5
合計	624	338	54.2

2) 回答施設背景

	一般病院 n=59		拠点病院 n=279		全体 n=338	
	n	%	n	%	n	%
医療機関種別						
拠点病院						
都道府県がん診療連携拠点病院	-		47	16.8	47	13.9
地域がん診療連携拠点病院(高度型、特定型を含む)	-		214	76.7	214	63.3
地域がん診療病院	-		17	6.1	17	5.0
特定領域がん診療連携拠点病院	-		1	0.4	1	0.3
一般病院						
都道府県指定のがん診療連携拠点病院	31	52.5	-		31	9.2
その他の大学病院・がん専門病院・総合病院	28	47.5	-		28	8.3
総病床数						
200床未満	6	10.2	5	1.8	11	3.3
200～400床未満	28	47.5	43	15.4	71	21.0
400～600床未満	22	37.3	99	35.5	121	35.8
600～800床未満	2	3.4	76	27.2	78	23.1
800～1000床未満	0	0.0	34	12.2	34	10.1
1000床以上	1	1.7	21	7.5	22	6.5
前年外来患者延べ数						
中央値	15578		54592		46747	
(四分位範囲)	(4571-40041)		(17168-90020)		(11718-83865)	
緩和ケアチーム						
あり	58	98.3	277	99.3	335	99.1
なし	1	1.7	0	0.0	1	0.3
緩和ケア病棟						
あり	24	40.7	86	30.8	110	32.5
なし	35	59.3	193	69.2	228	67.5
緩和ケア外来						
緩和ケア外来で専門的緩和ケアを提供している(外来窓口あり)	43	72.9	259	92.8	302	89.3
コンサルテーションとして対応している(外来窓口なし)	4	6.8	12	4.3	16	4.7
専門的緩和ケアの提供を目的とした外来は行っていない(外来なし)	12	20.3	8	2.9	20	5.9

3) 緩和ケア外来の構造

緩和ケア外来があると回答した 302 施設の回答を示す。

設問に無回答は示していないため、合計が 100%にならない場合がある。

緩和ケア外来窓口

	一般病院		拠点病院		全体	
	n=43		n=259		n=302	
	n	%	n	%	n	%
緩和ケア外来の名称						
緩和ケア科 外来	22	51.2	153	59.1	175	57.9
緩和ケア内科 外来	14	32.6	45	17.4	59	19.5
緩和医療科 外来	1	2.3	18	7.0	19	6.3
緩和支持治療科 外来	0	0.0	5	1.9	5	1.7
緩和ケア入院相談 外来	1	2.3	0	0.0	1	0.3
その他	5	11.6	38	14.7	43	14.2
責任者の専門診療科						
緩和ケア/緩和医療	25	58.1	156	60.2	181	59.9
内科	6	14.0	38	14.7	44	14.6
外科	9	20.9	27	10.4	36	11.9
麻酔科	2	4.7	32	12.4	34	11.3
放射線治療科	0	0.0	2	0.8	2	0.7
その他	1	2.3	3	1.2	4	1.3
緩和ケア外来は、責任者の「専門診療科の外来」と区別しているかどうか						
責任者の専門診療科は緩和ケア/緩和医療である	25	58.1	156	60.2	181	59.9
責任者の専門診療科は緩和ケア/緩和医療ではない	18	41.9	103	39.8	121	40.1
内訳 責任者の「専門診療科の外来」との区別の有無						
区別している	15	34.9	66	25.5	81	26.8
区別していない	3	7.0	35	13.5	38	12.6
緩和ケア外来を開設してからの期間						
1年未満	3	7.0	4	1.5	7	2.3
1年～3年未満	7	16.3	9	3.5	16	5.3
3年～5年未満	4	9.3	21	8.1	25	8.3
5年～10年未満	14	32.6	81	31.3	95	31.5
10年以上	13	30.2	144	55.6	157	52.0

緩和ケア外来の診療時間

	一般病院 n=43		拠点病院 n=259		全体 n=302	
	n	%	n	%	n	%
緩和ケア外来の診療日数/週						
週1日以下	7	16.3	54	20.9	61	20.2
週2-3日	15	34.9	64	24.7	79	26.2
週3-4日	11	25.6	43	16.6	54	17.9
週5日以上	10	23.3	97	37.5	107	35.4
新規患者の平均的な診療時間/人						
～15分未満	0	0.0	1	0.4	1	0.3
15～30分未満	4	9.3	29	11.2	33	10.9
30～45分未満	12	27.9	72	27.8	84	27.8
45～60分未満	17	39.5	105	40.5	122	40.4
60分以上	10	23.3	50	19.3	60	19.9
再診患者の平均的な診療時間/人						
～15分未満	5	11.6	15	5.8	20	6.6
15～30分未満	19	44.2	149	57.5	168	55.6
30～45分未満	16	37.2	68	26.3	84	27.8
45～60分未満	2	4.7	22	8.5	24	7.9
60分以上	0	0.0	3	1.2	3	1.0
緩和ケア外来受診患者の平均的な再診頻度						
再診はしていない	0	0.0	1	0.4	1	0.3
1-2週間に1回	13	30.2	80	30.9	93	30.8
3-4週間に1回	17	39.5	90	34.8	107	35.4
1カ月に1回	7	16.3	30	11.6	37	12.3
2カ月以上に1回	0	0.0	1	0.4	1	0.3
主診療科の受診頻度に応じている	6	14.0	55	21.2	61	20.2
緩和ケア外来のオンライン診療の導入状況						
ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた診察を行っている	1	2.3	8	3.1	9	3.0
電話による診療のみを行っている	6	14.0	61	23.6	67	22.2
電話またはビデオ通話による診療の導入を検討している	0	0.0	5	1.9	5	1.7
オンライン診療は導入していない	36	83.7	183	70.7	219	72.5
スマートフォンやタブレットなどの端末を用いた電子問診機能（ePRO）の導入状況						
導入している	0	0.0	4	1.5	4	1.3
導入を検討している	3	7.0	11	4.3	14	4.6
導入していない	40	93.0	244	94.2	284	94.0

緩和ケア外来の予約方法や対応時間

	一般病院 n=43		拠点病院 n=259		全体 n=302	
	n	%	n	%	n	%
緩和ケア外来の初診予約方法（複数選択可）						
院内主治医からの依頼で予約可	41	95.4	246	95.0	287	95.0
院内主治医了解のもと看護師等の医療者の依頼で予約可	25	58.1	129	49.8	154	51.0
院内の相談支援や緩和ケアの窓口担当者を通して予約可	22	51.2	118	45.6	140	46.4
院内の患者さんが自ら希望して予約可（医療者を通さず）	6	14.0	34	13.1	40	13.2
他院からの紹介として総合受付や予約センターから予約可	31	72.1	138	53.3	169	56.0
その他	1	2.3	12	4.6	13	4.3
受診歴がない患者の場合の緩和ケア外来の緊急受診対応						
いつでも対応している	2	4.7	17	6.6	19	6.3
平日日中のみ対応している（夜間休日は対応していない）	19	44.2	144	55.6	163	54.0
対応していない	22	51.2	95	36.7	117	38.7
受診歴がある患者の場合の緩和ケア外来の緊急受診対応						
いつでも対応している	18	41.9	64	24.7	82	27.2
平日日中のみ対応している（夜間休日は対応していない）	20	46.5	174	67.2	194	64.2
対応していない	5	11.6	21	8.1	26	8.6
緩和ケア外来通院患者が緩和ケアで緊急受診を要する状況となった場合の、平日日中の対応						
緩和ケアを専門とする医師が対応する	21	48.8	120	46.3	141	46.7
主診療科の医師が対応する	19	44.2	109	42.1	128	42.4
当直の医師が対応する	1	2.3	2	0.8	3	1.0
その他	2	4.7	28	10.8	30	9.9
緩和ケア外来通院患者が緩和ケアで緊急受診を要する状況となった場合の、夜間休日の対応						
緩和ケアを専門とする医師が対応する	1	2.3	7	2.7	8	2.6
主診療科のオンコール医師が対応する	5	11.6	68	26.3	73	24.2
当直の医師が対応する	33	76.7	161	62.2	194	64.2
他院の救急外来を受診してもらう	0	0.0	2	0.8	2	0.7
その他	4	9.3	21	8.1	25	8.3

緩和ケア外来を受診する時期

	一般病院 n=43		拠点病院 n=259		全体 n=302	
	n	%	n	%	n	%
緩和ケア外来担当者が感じる緩和ケア外来を受診する望ましい時期						
がんの診断期や疑いの時期	5	11.6	36	13.9	41	13.6
がん治療の選択肢が複数あり、余命も年単位で見込める時期	5	11.6	30	11.6	35	11.6
がん治療の中止や余命半年程度が見込める時期	5	11.6	19	7.3	24	7.9
がん治療の終了後	1	2.3	2	0.8	3	1.0
がん治療の時期に関係なく、患者のニーズが生じた時期	27	62.8	171	66.0	198	65.6
上記回答の理由（複数選択可）						
マンパワー不足で患者の全てのニーズには応えられない	9	20.9	68	26.3	77	25.5
経営的な理由による病院の方針	0	0.0	5	1.9	5	1.7
外来の診療スペースが確保できない	1	2.3	15	5.8	16	5.3
治療終了後の患者のニーズに応えることに集中したい	3	7.0	25	9.7	28	9.3
治療終了後の意思決定支援に向けて治療中から関わりたい (信頼関係の構築)	25	58.1	125	48.3	150	49.7
治療中の患者の支持療法ニーズに応えたい	29	67.4	165	63.7	194	64.2
診断時の衝撃に伴う患者のニーズに応えたい	15	34.9	120	46.3	135	44.7
その他	5	11.6	51	19.7	56	18.5

緩和ケア外来の構造

● 調査結果のポイント

- ・ 拠点病院と緩和ケアチームを有する一般病院では、89%が緩和ケア外来を設置していた
- ・ 緩和ケア外来の責任者の専門診療科が緩和ケア/緩和医療である病院は60%であった
- ・ 平日毎日、緩和ケア外来の診療を行っている病院は35%であった
- ・ 緩和ケア外来が夜間休日含めていつでも緊急受診対応を行っている病院は、受診歴のある患者の場合27%、受診歴がない場合6%であった

● 考察

- ・ 限りあるリソースの中で、全国に緩和ケア外来の整備は進んでいる
- ・ 緩和ケア外来の診療日が限定されている病院があり、外来患者にとって専門的緩和ケアサービスの利用が難しい場合があることが考えられた

4) 外来患者への専門的緩和ケア診療機能

緩和ケア外来があると回答した施設とコンサルテーションとして緩和ケアの専門家が外来患者の対応をしている（外来窓口なし）318施設の回答を示す。

外来患者の診療範囲

	一般病院 n=47		拠点病院 n=271		全体 n=318	
	n	%	n	%	n	%
院内でがん治療を受けた外来患者の場合の対応						
がん治療の状況と関係なく対応している（治療中も対応）	41	87.2	262	96.7	303	95.3
がん治療を終了した患者は対応している	6	12.8	6	2.2	12	3.8
がん治療は院内で行っていない	0	0.0	0	0.0	0	0
他院でがん治療を受けた外来患者の場合の対応						
がん治療の状況と関係なく対応している（治療中も対応）	27	57.5	183	67.5	210	66.0
がん治療を終了した患者は対応している	14	29.8	36	13.3	50	15.7
がん治療は院内で行っていない（対応していない含む）	5	10.6	43	15.9	48	15.1
がん以外の疾患の外来患者の対応						
対応している	19	40.4	134	49.5	153	48.1
対応していない	28	59.6	132	48.7	160	50.3
小児の外来患者の対応						
対応している	2	4.3	64	23.6	66	20.8
対応していない	45	95.7	201	74.2	246	77.4
緩和ケア目的の入院が必要な外来患者の場合の対応						
主科として、入院対応している	20	42.6	57	21.0	77	24.2
他科に入院を依頼し、コンサルテーション型で対応している	12	25.5	133	49.1	145	45.6
他科に入院依頼する場合と、主科として入院対応する場合がある	13	27.7	68	25.1	81	25.5
入院対応はしていない	2	4.3	10	3.7	12	3.8
対応可能な外来患者の症状や問題（複数選択可）						
疼痛	47	100.0	265	97.8	312	98.1
呼吸困難などの呼吸器症状	47	100.0	255	94.1	302	95.0
食欲不振・悪心嘔吐・便秘などの消化器症状	47	100.0	256	94.5	303	95.3
倦怠感などのその他の身体症状	44	93.6	254	93.7	298	93.7
抑うつ・不安・不眠・せん妄などの精神症状	43	91.5	239	88.2	282	88.7
治療方針やアドバンスケアプランニングなどの意思決定支援（倫理的問題）	38	80.9	231	85.2	269	84.6
療養場所（緩和ケア病棟・在宅診療への転院）の調整	43	91.5	221	81.6	264	83.0
がん治療終了後のサバイバーのサポート	23	48.9	155	57.2	178	56.0
家族ケア	38	80.9	205	75.7	243	76.4
遺族ケア	18	38.3	99	36.5	117	36.8
専門的緩和ケアを担当する医師による外来患者への処方						
処方している	41	87.2	240	88.6	281	88.4
原則は処方しないが、状況によって処方している	4	8.5	23	8.5	27	8.5
処方はしていない（主治医が処方）	2	4.3	5	1.9	7	2.2

外来患者の診療実績

	一般病院 n=47		拠点病院 n=271		全体 n=318	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
前月の専門的緩和ケアの提供を目的とする外来患者数						
延べ患者数/月	32.8	38.5	67.4	181.1	62	168.8
新規患者数/月	5.6	7.1	9.7	26.5	9	24.7
新規患者のうち精神科医/心療内科医に紹介した件数	0.2	0.5	1.4	12.8	1.2	11.8
診療報酬の算定						
前月の外来緩和ケア管理料 延べ算定件数	4.0	8.3	8.9	29.7	8.2	27.8
前月のがん患者指導管理料イ 延べ算定件数	10.2	17.1	16.5	23.1	15.7	22.5
前月のがん患者指導管理料ロ 延べ算定件数	13.6	41.7	22.6	63.4	21.3	60.9
前月の新規外来がん患者の診察時の主な療養プロセスの比率						
診断から初期治療前の割合 (%)	8.2	23.5	5.7	13.3	6.0	15.0
がん治療中の割合 (%)	30.2	29.9	50.7	34.0	47.8	34.1
がん治療終了後の割合 (%)	59.5	35.2	37.9	33.3	40.9	34.3

緩和ケア専門家の人員配置

医師

	一般病院 n=47		拠点病院 n=271		全体 n=318	
	n	%	n	%	n	%
外来患者の専門的緩和ケアを担当する医師の人数						
1名	23	48.9	120	44.3	143	45.0
2名	17	36.2	75	27.7	92	28.9
3名以上	6	12.8	72	26.6	78	24.5
医師の外来従事状況（外来対応が長い順3名）						
医師A						
専門的緩和ケアを目的とする外来診療従事時間/週(mean, SD)	7.1	7.2	9.5	8.6	9.2	8.4
医師1名以上いる施設						
専門資格(複数選択可)	n=46		n=267		n=313	
日本緩和医療学会専門医	11	23.9	67	25.1	78	24.9
日本緩和医療学会認定医	13	28.3	101	37.8	114	36.4
日本緩和医療学会暫定指導医	2	4.3	11	4.1	13	4.2
該当する専門資格は有していない	17	37.0	82	30.7	99	31.6
医師B						
専門的緩和ケアを目的とする外来診療従事時間/週(mean, SD)	2.8	3.1	5.5	6.8	5.1	6.4
医師2名以上いる施設数						
専門資格(複数選択可)	n=23		n=147		n=170	
日本緩和医療学会専門医	3	13.0	17	11.6	20	11.8
日本緩和医療学会認定医	6	26.1	34	23.1	40	23.5
日本緩和医療学会暫定指導医	0	0.0	5	3.4	5	2.9
該当する専門資格は有していない	15	65.2	91	61.9	106	62.4
医師C						
専門的緩和ケアを目的とする外来診療従事時間/週(mean, SD)	0.8	0.7	4.2	4.9	3.8	4.7
医師3名以上いる施設数						
専門資格(複数選択可)	n=6		n=72		n=78	
日本緩和医療学会専門医	0	0.0	6	8.3	6	7.7
日本緩和医療学会認定医	1	16.7	13	18.1	14	17.9
日本緩和医療学会暫定指導医	0	0.0	2	2.8	2	2.6
該当する専門資格は有していない	8	133.3	49	68.1	57	73.1

看護師

	一般病院		拠点病院		全体	
	n=47		n=271		n=318	
	n	%	n	%	n	%
外来患者の専門的緩和ケアを担当する看護師の人数						
0名	2	4.3	12	4.4	14	4.4
1名	26	55.3	111	41.0	137	43.1
2名	11	23.4	76	28.0	87	27.4
3名以上	8	17.0	63	23.3	71	22.3
看護師の外来従事状況（外来対応が長い順3名）						
看護師A						
専門的緩和ケアを目的とする外来診療従事時間/週(mean, SD)	7.7	8.6	13.8	13.3	12.9	12.9
	看護師1名以上いる施設数					
専門資格(複数選択可)	n=45		n=250		n=295	
がん看護専門看護師	9	20.0	64	25.6	73	24.7
がん看護以外の専門看護師	0	0.0	0	0.0	0	0.0
緩和ケア認定看護師	26	57.8	124	49.6	150	50.8
がん性疼痛認定看護師	5	11.1	29	11.6	34	11.5
緩和ケア・がん性疼痛以外の認定看護師	0	0.0	14	5.6	14	4.7
該当する専門資格は有していない	7	15.6	26	10.4	33	11.2
看護師B						
専門的緩和ケアを目的とする外来診療従事時間/週(mean, SD)	6.0	8.8	10.1	11.9	9.6	11.6
	看護師2名以上いる施設数					
専門資格(複数選択可)	n=19		n=139		n=158	
がん看護専門看護師	1	5.3	36	25.9	37	23.4
がん看護以外の専門看護師	0	0.0	2	1.4	2	1.3
緩和ケア認定看護師	10	52.6	54	38.8	64	40.5
がん性疼痛認定看護師	2	10.5	19	13.7	21	13.3
緩和ケア・がん性疼痛以外の認定看護師	2	10.5	7	5.0	9	5.7
該当する専門資格は有していない	6	31.6	30	21.6	36	22.8
看護師C						
専門的緩和ケアを目的とする外来診療従事時間/週(mean, SD)	5.2	11.7	7.2	10.2	7.0	10.4
	看護師3名以上いる施設数					
専門資格(複数選択可)	n=8		n=63		n=71	
がん看護専門看護師	2	25.0	8	12.7	10	14.1
がん看護以外の専門看護師	0	0.0	2	3.2	2	2.8
緩和ケア認定看護師	2	25.0	23	36.5	25	35.2
がん性疼痛認定看護師	1	12.5	7	11.1	8	11.3
緩和ケア・がん性疼痛以外の認定看護師	0	0.0	12	19.0	12	16.9
該当する専門資格は有していない	6	75.0	20	31.7	26	36.6

外来患者への専門的緩和ケア診療機能

● 調査結果のポイント

- ・ がん治療のプロセスに関係なく専門的な緩和ケアを提供している（がん治療中から対応している）病院は、院内で治療を受けた患者の場合 95%、院外で治療を受けた患者の場合 66%であった
- ・ 専門的緩和ケアを目的として診療した外来患者数の平均値は、延べ 62 人/月 新規 9 人/月であった
- ・ 病院で外来患者へ専門的緩和ケアの提供を最も担う医師のうち、日本緩和医療学会が認定する資格を有さない医師は 32%であった
- ・ 外来患者への専門的緩和ケアの提供を最も担う看護師のうち、日本看護協会が認定するがん・緩和ケアに関連する専門・認定資格を有さない看護師は 11%であった

● 考察

- ・ 院内に緩和ケアの専門家があり、院内で治療を受けた場合は、外来通院中も専門的緩和ケアサービスが利用可能であるが、院外で治療を受けた場合は、専門的緩和ケアサービスの利用が難しい場合があることが考えられた

5) 施設全体の外来がん患者への緩和ケア提供体制

回答した全 338 施設の回答を示す。

外来がん患者への緩和ケア提供体制

	一般病院 n=59		拠点病院 n=279		全体 n=338	
	n	%	n	%	n	%
外来患者の身体的・精神的苦痛症状や社会的な問題等についてスクリーニングを行っている						
がんに限らずすべての患者に実施	5	8.5	17	6.1	22	6.5
すべてのがん患者に実施	7	11.9	73	26.2	80	23.7
診療科や対象となる患者を限定して実施	30	50.9	167	59.9	197	58.3
外来患者の身体症状の緩和について、院内の医療者が必要に応じて、緩和ケア専門の医師に相談できる体制がある（院内・院外は問わず）	52	88.1	269	96.4	321	95.0
外来患者の精神症状の緩和について、院内の医療者が必要に応じて、精神科医/心療内科医に相談できる体制がある（院内・院外は問わず）	43	72.9	254	91.0	297	87.9
外来患者が、治療や療養生活に伴う困りごとや気がかりなどについて、看護師に相談できる体制がある	56	94.9	271	97.1	327	96.7
外来患者が、治療や療養生活に伴う心理的な問題について、心理職に相談できる体制がある	27	45.8	180	64.5	207	61.2
外来患者が、主治医と治療方針や療養場所の選択などの将来に向けた話し合いの後、看護師によるフォローアップ体制がある	50	84.8	246	88.2	296	87.6
外来患者が、主治医と治療方針や療養場所の選択などの将来に向けた話し合いの後、心理職によるフォローアップ体制がある	15	25.4	120	43.0	135	39.9
外来患者が、在宅療養中の苦痛症状等について医療者に相談できる電話相談窓口がある	47	79.7	249	89.3	296	87.6
患者の受診に関係なく、患者の家族が相談できる体制がある（必ずしも家族ケア外来窓口はなくてもよい）	51	86.4	264	94.6	315	93.2
緩和ケアを専門とする医師の外来受診方法について、院内掲示やパンフレット等を用いて患者・家族に情報提供している	35	59.3	234	83.9	269	79.6
患者の受診に関係なく、地域の医療者が困ったときに、緩和ケアを専門とする医師が相談を受ける体制がある	29	49.2	173	62.0	202	59.8
緩和ケアを専門とする医師の外来受診の紹介方法について、地域の医療機関に広報している	28	47.5	181	64.9	209	61.8
緩和ケアを専門とする医師の外来受診方法について、ホームページや病院便りなどで広報している	40	67.8	226	81.0	266	78.7

外来患者への緩和ケア提供体制に関する課題

ややそう思う・そう思うの回答数, 割合	一般病院 n=59		拠点病院 n=279		全体 n=338	
	n	%	n	%	n	%
外来診療では、主治医の緩和ケアに対する抵抗感や偏見が強い	16	27.1	57	20.4	73	21.6
外来診療では、患者の緩和ケアに対する抵抗感や偏見が強い	17	28.8	102	36.6	119	35.2
外来診療では、患者の身体的・精神的苦痛症状や社会的な問題等のスクリーニングを行う体制が十分に整っていない	38	64.4	120	43.0	158	46.7
外来診療では、主治医から身体症状緩和に関する緩和ケアを専門とする医師への紹介が少ない	42	71.2	119	42.7	161	47.6
外来診療では、主治医から緩和ケアを専門とする医師への紹介のタイミングが遅い	32	54.2	99	35.5	131	38.8
外来診療では、主治医は患者と病状・治療方針・療養場所の選択などの将来に向けた話し合いが十分にできていない	33	55.9	129	46.2	162	47.9
外来診療では、主治医は患者の家族と病状・治療方針・療養場所の選択などの将来に向けた話し合いが十分にできていない	33	55.9	138	49.5	171	50.6
外来患者の人数に対して、緩和ケアを専門とする医師が不足している	33	55.9	169	60.6	202	59.8
外来患者の人数に対して、精神科医が不足している	36	61.0	169	60.6	205	60.7
外来患者の人数に対して、専門・認定看護師が不足している	39	66.1	195	69.9	234	69.2
外来患者の人数に対して、看護師が不足している (専門・認定看護師資格を有していない看護師も含む)	44	74.6	218	78.1	262	77.5
外来診療では、緩和ケアを提供する体制を整えるための病院管理者の理解が不足している	27	45.8	127	45.5	154	45.6
緩和ケアを専門とする医師による外来診療機能について、院外の医療機関に十分に周知できていない	29	49.2	125	44.8	154	45.6

施設全体の外来がん患者への緩和ケア提供体制

● 調査結果のポイント

- ・ 外来患者の身体的・精神的苦痛・社会的な問題等についてスクリーニングを行っている病院は、診療科や対象患者を限定している病院を含めて88%であったが、スクリーニングの実施体制が不十分と感じている担当者は47%であった
- ・ 患者の受診の有無に関係なく、地域の医療者が困ったときに緩和ケアを専門とする医師が相談を受ける体制がある病院は60%であった
- ・ 外来診療では、主治医が患者と将来に向けた話し合いができていないと感じている病院担当者は48%であった
- ・ 外来患者の人数に対して、緩和ケアを専門とする医師の不足・精神科医の不足を感じている担当者は60%であった
- ・ 外来患者の人数に対して看護師が不足していると感じている担当者は78%であった

● 考察

- ・ 恒常的に緩和ケア専門家は不足しているため、外来緩和ケアは、緩和ケアの専門家がいる施設に限られたサービスとなっている可能性がある
- ・ 限られたリソースで実現可能な外来緩和ケアの提供体制の構築を検討する必要がある

VI. 資料

Web アンケート調査項目

設問No	質問項目	回答選択肢
I. 本アンケートでは、現在の医療制度に関係なく、ご所属施設の現状についてご回答ください		
1	施設名をご記入ください（重複回答の確認のためにお伺いします）	
2	医療機関の種別をお選びください	1. 国指定のがん診療連携拠点病院 2. 都道府県指定のがん診療連携拠点病院 3. 上記以外の大学病院・がん専門病院・総合病院 4. 上記以外の病院 5. 独立型のホスピス・緩和ケア病棟 6. 在宅療養支援診療所 7. 上記以外の診療所
3	（病院の場合）総病床数をお選びください	1. 200床未満 2. 200～400床未満 3. 400～600床未満 4. 600～800床未満 5. 800～1000床未満 6. 1000床以上
4	前年1年間の外来がん患者数をご記入ください（ ）人/年	
1)	延べ患者数/年 注） 年間外来がん患者延数は、当年の新来、再来がん患者及び往診、巡回診療、健康診断、人間ドック等を行い、診療録の作成または記載の追加を行ったがん患者の延数を記入してください 同一患者が2つ以上の診療科を受診し、それぞれの診療科で診療録の作成または記載の追加を行った場合、それぞれの外来患者として計上してください（拠点病院 現況報告に準ずる）	
5 2)	新規患者数/年（概数可）（ ）人/年	
6	院内に緩和ケアチームはありますか 注） 本調査の緩和ケアチームとは、「緩和ケアを専門とする医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制」を指し、以下の2項目を満たす場合に緩和ケアチームがある、とします（日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に準ずる） 1) 緩和ケアチームに常勤の医師が1名以上配置されている（専従である必要は無い） 2) 紹介患者の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛に包括的に評価し、必要に応じて疼痛・身体症状の緩和に関する専門家や精神症状の緩和に関する専門家と協力する体制がある（ペインクリニック、サイコオンコロジーなど特定の領域に限って対処しているのではなく、患者の苦痛全てに対応が可能）	なし、あり
7	院内に緩和ケア病棟はありますか 注） 本調査の緩和ケア病棟は、病棟単位でない緩和ケア病床は除外します 悪性腫瘍の患者または後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で専門に行うものであること 緩和ケアを担当する医師が1名以上いること（日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に準ずる）	なし、あり
8	院内に緩和ケア外来はありますか 注）本調査の緩和ケア外来とは、緩和ケア病棟への入院を前提にした診療（入棟相談）は含めず、症状緩和や治療やケア方針の検討などの専門的緩和ケアの提供を目的とする外来の診療機能とします	1. 緩和ケア外来として専門的緩和ケアを提供している 2. 緩和ケア外来として窓口の設置はしていないが、専門的緩和ケアの提供を目的としたコンサルテーションに応じている 3. 専門的緩和ケアの提供を目的とした外来は行っていない
II. （緩和ケア外来ありの場合）現在の医療制度に関係なく、緩和ケア外来についてご回答ください		
9	緩和ケア外来の呼称をお選びください	1. 緩和ケア科 外来 2. 緩和ケア内科 外来 3. 緩和医療科 外来 4. 緩和支援診療科 外来 5. サポートケア 外来 6. サポートケア 外来 7. 緩和ケア入院相談 外来 8. ホスピス 外来 9. その他（ ）

10 緩和ケア外来の責任者の専門診療科をお選びください 緩和ケア外来を複数の医師で交代制で担っている場合は、代表者1名についてご回答ください	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緩和ケア 2. 内科 3. 外科 4. 麻酔科 5. 放射線治療科 6. 精神科・心療内科 7. その他（ ）
11 緩和ケア外来は、責任者（または代表者）の「専門診療科の外来」とは別の診療科として診療していますか	<ol style="list-style-type: none"> 1. 責任者または代表者の専門診療科とは別に診療している 2. 責任者または代表者の専門診療科の中で診療している
12 緩和ケア外来を開設してからの期間をお選びください	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1年未満 2. 1年～3年未満 3. 3年～5年未満 4. 5年～10年未満 5. 10年以上
13 緩和ケア外来の診療日数/週をお選びください	<ol style="list-style-type: none"> 1. 週1日以下 2. 週2-3日 3. 週3-4日 4. 週5日以上
緩和ケア外来の平均的な診療時間/人をお選びください、カルテなどの書類記載の時間も含めてご回答ください（凡そで問題ありません）	
14 新規患者の診療時間	<ol style="list-style-type: none"> 1. ～15分未満 2. 15～30分未満 3. 30～45分未満 4. 45～60分未満 5. 60分以上
15 再診患者の診療時間	<ol style="list-style-type: none"> 1. ～15分未満 2. 15～30分未満 3. 30～45分未満 4. 45～60分未満 5. 60分以上
16 緩和ケア外来の初診予約方法をお選びください（複数選択可）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院内主治医からの依頼で予約 2. 院内主治医の了解のもと看護師等の医療者からの依頼で予約 3. 院内の相談支援や緩和ケアの窓口を担当する医療者を通して予約 4. 院内の患者さんが自ら希望して予約（主治医などの医療者を通さず） 5. 他院からの紹介として、総合受付や予約センターなどを通して予約可能 6. その他（ ）
17 担当者として、どの時期から患者さんが緩和ケア外来を受診されるのが望ましいと感じますか	<ol style="list-style-type: none"> 1. がんの診断期や疑いの時期から 2. がん治療の選択肢が複数あり、余命も年単位で見込める時期から 3. がん治療の中止や余命半年程度が見込める時期から 4. がん治療の終了後から 5. がん治療の時期に関係なく、患者のニーズが生じた時期から
18 上記の回答（望ましい緩和ケア外来受診の時期）理由をお選びください	<ol style="list-style-type: none"> 1. マンパワー不足で患者の全てのニーズには応えられないから 2. 経営的な理由による病院の方針だから 3. 外来の診療スペースが確保できないから 4. 治療終了後の患者のニーズに応えることに集中したいから 5. 治療終了後の意思決定支援に向けて、治療中から関りたいから 6. 治療中の患者の支持療法ニーズに応えたいから 7. 診断時の衝撃に伴う患者のニーズに応えたいから 8. その他（ ）
19 緩和ケア外来の平均的な再診頻度をお選びください	<ol style="list-style-type: none"> 1. 再診はしていない 2. 1-2週間に1回 3. 3-4週間に1回 4. 1カ月に1回 5. 2カ月以上に1回 6. 主診療科の受診頻度に応じている

緩和ケア外来の緊急受診対応についてご回答ください

- 20 受診歴がない患者の場合
1. いつでも対応している
 2. 平日日中のみ対応している（夜間休日は対応していない）
 3. 対応していない
- 21 受診歴がある患者の場合
1. いつでも対応している
 2. 平日日中のみ対応している（夜間休日は対応していない）
 3. 対応していない

緩和ケア外来通院患者が緩和ケアで緊急受診を要する状況となった場合、原則としてどのように対応していますか
訪問診療・訪問看護を利用している患者の場合は、訪問医師や訪問看護師が対応した後の緊急受診を想定します

- 22 平日日中の場合
1. 緩和ケアを専門とする医師が対応する
 2. 主診療科の医師が対応する
 3. 当直の医師が対応する
 4. その他（ ）
- 23 夜間休日の場合
1. 緩和ケアを専門とする医師が対応する
 2. 主診療科のオンコール医師が対応する
 3. 当直の医師が対応する
 4. 他院の救急外来を受診してもらう
 5. その他（ ）

緩和ケア外来でのICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）の活用についてお伺いします

- 24 緩和ケア外来の診療では、オンライン診療を導入していますか
注）本調査のオンライン診療とは、厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を適応した診療、もしくは「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取り扱い」を適応した診療とします
1. ビデオ通話可能な情報通信機器を用いた診察を行っている
 2. 電話による診療のみを行っている
 3. 電話またはビデオ通話による診療の導入を検討している
 4. オンライン診療は導入していない
- 25 緩和ケア外来の診療では、患者自身が苦痛症状等を報告するため、スマートフォンやタブレットなどの端末を用いる電子問診機能（ePRO）を導入していますか
1. 導入している
 2. 導入を検討している
 3. 導入していない

III. 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来患者の診療範囲についてご回答ください

- 26 院内でがん治療を受けた外来患者の場合、どのように対応していますか
1. がん治療の状況と関係なく対応している（治療中も対応している）
 2. がん治療を終了した患者は対応している
 3. がん治療は院内で行っていない
- 27 他院でがん治療を受けた外来患者の場合、どのように対応していますか
1. がん治療の状況と関係なく対応している（治療中も対応している）
 2. がん治療を終了した患者は対応している
 3. がん治療は院内で行っていない（または対応していない）
- 28 がん以外の疾患の外来患者に対応していますか
1. 対応している
 2. 対応していない
- 29 対応している場合、専門的緩和ケアとして診療する外来の新規患者に占める凡その割合（ ）%
- 30 小児の外来患者に対応していますか
1. 対応している
 2. 対応していない
- 31 対応している場合、専門的緩和ケアとして診療する外来の新規患者に占める凡その割合（ ）%
- 32 緩和ケア目的の入院が必要な外来患者の場合、どのように対応していますか
1. 主科として、入院対応している
 2. 他科に入院を依頼し、コンサルテーション型で対応している
 3. 他科に入院依頼する場合と、主科として入院対応する場合がある
 4. 入院対応はしていない
- 33 対応可能な外来患者の症状や問題をお選びください（複数選択可）
1. 疼痛
 2. 呼吸困難などの呼吸器症状
 3. 食欲不振・悪心嘔吐・便秘などの消化器症状
 4. 倦怠感などのその他の身体症状
 5. 抑うつ・不安・不眠・せん妄などの精神症状
 6. 治療方針やアドバンスケアプランニングなどの意思決定支援
 7. 療養場所（緩和ケア病棟・在宅診療への転院）の調整
 8. がん治療終了後のサバイバーのサポート
 9. 家族ケア
 10. 遺族ケア
- 34 外来患者の専門的緩和ケアを担当する医師は、必要な時に処方していますか
1. 処方している
 2. 原則は処方しないが、状況によって処方している
 3. 処方していない（主治医が処方）

IV. 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療の状況をご回答ください

前月の専門的緩和ケアの提供を目的とする外来患者数をご記入ください（概数で可）

がん患者以外の診療も行っている場合、全診療患者数をご回答ください

- 35 延べ患者数 () 件/月
 36 新規患者数 () 件/月
 37 新規患者のうち、精神症状について精神科医/心療内科医に紹介した件数（凡そ）をご記入ください () 件/月

診療報酬の算定についてお伺いします

専門的緩和ケアの提供を目的とする外来患者の診療についてご回答ください

- 38 前月の外来緩和ケア管理料※ 延べ算定件数 () 件/月
 ※緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定する

- 39 前月のがん患者指導管理料イ※ 延べ算定件数 () 件/月
 ※保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

- 40 前月のがん患者指導管理料ロ※ 延べ算定件数 () 件/月
 ※保険医又は保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に算定する

- 41 前月の新規外来がん患者の診察時の主な療養プロセスの比率をご記入 () %
 42 ださい（合計100%の凡その比率で可） がん治療中 () %
 43 がん治療終了後 () %

- 44 前1年間を振り返り、外来患者の初診時に最も多いと思われる患者の状況を
 1. 適切な時期に紹介されていることが多い
 2. 全身状態が悪化してからの紹介が多い
 3. 紹介元の主治医の病状説明も、患者の受け入れも良好であることが多い
 4. 紹介元の主治医は病状について十分説明していると思うが、患者が受け入れてられていないことが多い
 5. 紹介元の主治医は病状について十分に説明していないことが多い

外来患者の専門的緩和ケアを担当する現在のメンバーについてご回答ください

- 45 医師の人数 1. 0
 注) 専任・兼任、常勤・非常勤に関係なく、外来の専門的緩和ケアの診療担当として配置されている人数をご回答ください 2. 1名
 3. 2名
 4. 3名以上

主に担当する医師3名まで、担当時間が長い順に、専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療の従事時間/週をご回答ください

例) 1日4時間×2日=8時間/週

医師A

- 46 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療に従事している時間/週 () 時間/週
 47 該当する専門資格を有する場合は選択してください 1. 日本緩和医療学会専門医
 2. 日本緩和医療学会認定医
 3. 日本緩和医療学会暫定指導医
 4. 該当する専門資格は有していない

医師B

- 48 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療に従事している時間/週 () 時間/週
 49 該当する専門資格を有する場合は選択してください 1. 日本緩和医療学会専門医
 2. 日本緩和医療学会認定医
 3. 日本緩和医療学会暫定指導医
 4. 該当する専門資格は有していない

医師C

- 50 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療に従事している時間/週 () 時間/週
 51 該当する専門資格を有する場合は選択してください 1. 日本緩和医療学会専門医
 2. 日本緩和医療学会認定医
 3. 日本緩和医療学会暫定指導医
 4. 該当する専門資格は有していない

- 52 看護師の人数 1. 0
 注) 専任・専従、常勤・非常勤に関係なく、外来の専門的緩和ケアの診療担当として配置されている人数をカウントしてください、病棟看護師が交代で緩和ケア外来を担当する場合は、当番の人数をご回答ください 2. 1名
 3. 2名
 4. 3名以上

主に担当する看護師3名まで、担当時間が長い順に、専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療の従事時間/週をご回答ください
当番制の場合は、当番の配置時間/週をご回答ください
例) 1日8時間×5日=40時間

看護師A

- 53 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療に従事している時間/週 () 時間/週
54 該当する専門資格を有する場合は選択してください 1. がん看護専門看護師
2. がん看護以外の専門看護師
3. 緩和ケア認定看護師
4. がん性疼痛認定看護師
5. 緩和ケア・がん性疼痛以外の認定看護師
6. 該当する専門資格は有していない

看護師B

- 55 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療に従事している時間/週 () 時間/週
56 該当する専門資格を有する場合は選択してください 1. がん看護専門看護師
2. がん看護以外の専門看護師
3. 緩和ケア認定看護師
4. がん性疼痛認定看護師
5. 緩和ケア・がん性疼痛以外の認定看護師
6. 該当する専門資格は有していない

看護師C

- 57 専門的緩和ケアの提供を目的とする外来診療に従事している時間/週 () 時間/週
58 該当する専門資格を有する場合は選択してください 1. がん看護専門看護師
2. がん看護以外の専門看護師
3. 緩和ケア認定看護師
4. がん性疼痛認定看護師
5. 緩和ケア・がん性疼痛以外の認定看護師
6. 該当する専門資格は有していない

V. 現在の貴施設の外来がん患者への緩和ケア提供体制についてご回答ください

- 59 外来患者の身体的・精神的苦痛症状や社会的な問題等についてスクリーニングを行っている 1. がんに限らずすべての患者に行っている
2. すべてのがん患者に行っている
3. 診療科や対象となる患者を限定して行っている
4. 行っていない
- 60 外来患者の身体症状の緩和について、院内の医療者が必要に応じて、緩和ケアを専門とする医師（院内・院外は問わず）に相談できる体制がある 1. はい 2. いいえ
- 61 外来患者の精神症状の緩和について、院内の医療者が必要に応じて、精神科医/心療内科医（院内・院外は問わず）に相談できる体制がある 1. はい 2. いいえ
- 62 外来患者が、治療や療養生活に伴う困りごとや気がかりなどについて看護師に相談できる体制がある 1. はい 2. いいえ
- 63 外来患者が、治療や療養生活に伴う心理的な問題について心理職に相談できる体制がある 1. はい 2. いいえ
- 64 外来患者が、主治医と治療方針や療養場所の選択などの将来に向けた話し合いの後、看護師によるフォローアップ体制がある 1. はい 2. いいえ
- 65 外来患者が、主治医と治療方針や療養場所の選択などの将来に向けた話し合いの後、心理職によるフォローアップ体制がある 1. はい 2. いいえ
- 66 外来患者が、在宅療養中の苦痛症状等について医療者に相談できる電話相談窓口がある 1. はい 2. いいえ
- 67 患者の受診に関係なく、患者の家族が相談できる体制がある(必ずしも家族ケア外来の窓口はなくてもよい) 1. はい 2. いいえ

- 68 緩和ケアを専門とする医師の外来受診方法について、院内掲示やパンフレット等を用いて患者・家族に情報提供している 1. はい 2. いいえ
- 69 患者の受診に関係なく、地域の医療者が困ったときに、緩和ケアを専門とする医師が相談を受ける体制がある 1. はい 2. いいえ
- 70 緩和ケアを専門とする医師の外来受診の紹介方法について、地域の医療機関に広報している 1. はい 2. いいえ
- 71 緩和ケアを専門とする医師の外来受診方法について、ホームページや病院便りなどで広報している 1. はい 2. いいえ

VI. 外来がん患者の診療についてお伺いします、最も該当すると思われる番号をお選びください

- 72 外来診療では、主治医の緩和ケアに対する抵抗感や偏見が強い 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 73 外来診療では、患者の緩和ケアに対する抵抗感や偏見が強い 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 74 外来診療では、患者の身体的・精神的苦痛症状や社会的な問題等のスクリーニングを行う体制が十分に整っていない 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 75 外来診療では、主治医から身体症状緩和に関する緩和ケアを専門とする医師への紹介が少ない 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 76 外来診療では、主治医から緩和ケアを専門とする医師への紹介のタイミングが遅い 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 77 外来診療では、主治医は患者と病状・治療方針・療法場所の選択などの将来に向けた話し合いが十分にできていない 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 78 外来診療では、主治医は患者の家族と病状・治療方針・療養場所の選択などの将来に向けた話し合いが十分にできていない 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 79 外来患者の人数に対して、緩和ケアを専門とする医師が不足している 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 80 外来患者の人数に対して、精神科医が不足している 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 81 外来患者の人数に対して、専門・認定看護師が不足している 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 82 外来患者の人数に対して、看護師（専門・認定看護師資格を有していない看護師も含む）が不足している 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 83 外来診療では、緩和ケアを提供する体制を整えるための病院管理者の理解が不足している 1. そう思わない～5. とてもそう思う
- 84 緩和ケアを専門とする医師による外来診療機能について、院外の医療機関に十分に周知できていない 1. そう思わない～5. とてもそう思う
-

VII. 謝辞

インタビュー調査にご協力いただきました皆様、Web アンケート調査回答にご協力いただきました、回答施設のご担当様、アンケート項目の作成にご協力いただきました専門家パネルの皆様に、深く感謝の意を表します。

VIII. 調査組織

実施主体

日本緩和医療学会

専門的・横断的緩和ケア推進委員会 委員長

余谷 暢之

理事長

木澤 義之

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

緩和ケア部会 部会長

若尾 文彦

協力者（Web アンケート調査項目作成 専門家パネル 五十音順）

斗南病院 精神科

上村 恵一

国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科

小川 朝生

筑波大学附属病院 がん看護専門看護師

風間 郁子

新潟県立がんセンター新潟病院 がん看護専門看護師

柏木 夕香

亀田医療センター 亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科

関根 龍一

近畿中央呼吸器センター 心療内科

所 昭宏

永寿総合病院 緩和ケア科

廣橋 猛

佐久医療センター 緩和ケア内科

山本 亮

事務局

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会 事務局

国立がん研究センターがん対策研究所 がん医療支援部

中澤 葉宇子・山崎 里紗・珍田 律子

E-mail: pcs@ml.res.ncc.go.jp