

医療者調査結果

がん対策推進協議会

平成27年4月22日

研究代表者：国立がん研究センターがん対策情報センター

加藤雅志

医師調査

「がん医療における緩和ケアに関する意識調査（2008）」との前後比較

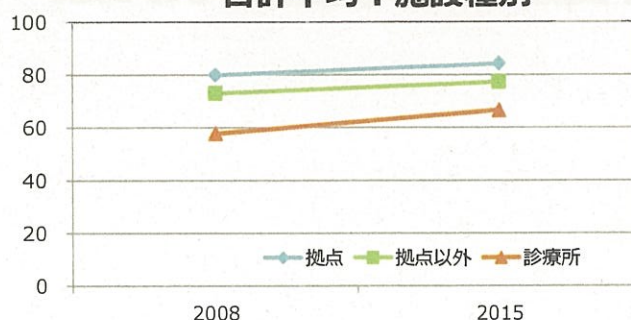
知識	正答割合 (%)																			
	拠点病院								拠点以外の病院								診療所			
	2008 (n=4856)		2015 (n=838)		効果量 †	P	2008 (n=23840)		2015 (n=1447)		効果量 †	P	2008 (n=20788)		2015 (n=578)		効果量 †	P		
	平均 ‡	SD	平均	SD			平均	SD	平均	SD			平均	SD	平均	SD				
理念	94	28	98	20	0.17	***	91	36	94	26	0.12	***	80	66	89	36	0.25	***		
疼痛・オピオイド	75	33	80	24	0.20	***	67	36	72	26	0.18	***	50	49	59	26	0.35	***		
合計	80	27	84	20	0.23	***	73	31	77	22	0.20	***	58	44	67	24	0.38	***		

数値が高いほど知識が高いことを示す,*P<0.05 **P<0.01, ***P<0.001

† 効果量：2008と2015での変化の大きさを表す（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）

‡ 年齢，性別，看取り数で調整した平均，標準偏差（SD）

合計平均：施設種別



医師調査

「がん医療における緩和ケアに関する意識調査（2008）」との前後比較

緩和ケアを提供するうえでの支障	「3.そう思う」「4.とてもそう思う」と回答した割合（％） （黒字：数値が高いほど支障が高いことを示す 赤字：数値が高いほど支障が低いことを示す）											
	拠点病院				拠点以外の病院				診療所			
	2008	2015	効果量†	P	2008	2015	効果量	P	2008	2015	効果量	P
疼痛緩和の知識・技術は十分‡	39	37	0.11	**	34	36	0.12	***	25	28	0.08	
身体症状の知識・技術は十分‡	38	36	0.08	*	36	33	0.03		35	33	0.01	
精神症状の知識・技術は十分	18	22	0.22	***	19	21	0.12	***	20	20	0.04	
患者への病状説明に不安	17	20	0.03		21	21	0.05		24	20	0.10	*
患者と死に関して話すことに負担	27	25	0.11	**	28	26	0.07	**	29	23	0.16	***
家族とのコミュニケーションに不安	18	18	0.06		21	20	0.07	**	24	20	0.14	**
疼痛緩和で専門家支援が得られる	61	74	0.33	***	39	52	0.32	***	29	31	0.14	**
身体症状で専門家支援が得られる	57	68	0.30	***	38	50	0.28	***	31	32	0.11	**
こころの問題で専門家の支援が得られる	34	55	0.53	***	21	36	0.40	***	17	20	0.14	**
入院を要する際に対応できる施設がない	26	19	0.17	***	25	18	0.19	***	32	25	0.13	**
麻薬の扱いの説明や管理等が困難	16	14	0.11	**	19	17	0.13	***	39	35	0.09	*
終末期の診療は経済的に割に合わない	29	17	0.31	***	29	18	0.28	***	34	25	0.21	***
ほかの診療で手いっぱいである余裕がない	40	30	0.26	***	35	29	0.19	***	37	39	0.02	
終末期がん患者の診療はやりがいがない	5	6	0.07	*	5	6	0.01		6	4	0.15	***

回答方法は「1.そう思わない」「2.ややそう思う」「3.そう思う」「4.とてもそう思う」から選択、*P<0.05,**P<0.01,***P<0.001

†効果量：2008と2015での平均値の変化の大きさを表す（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）

‡表中に数値を記載していないが、項目の平均値は2008から2015で増加している。つまり、調査対象全体の平均値でみると、本項目の支障は低下している。

医療者調査 結果（1）

1－1．2008年に実施した調査と比較した結果、医師の緩和ケアに関する知識は上昇していた。正答割合は「拠点病院」、「拠点病院以外の病院」、「診療所」の順に高かった。

1－2．緩和ケアを提供するうえでの支障について、**知識や技術が十分だと考えている医師は2～4割程度**に留まっており、大きな変化はなかった。一方で、専門家の支援は得られやすくなったと考えている医師は増えており、拠点病院でより顕著であった。

看護師調査

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」研究介入前結果（2008）との前後比較

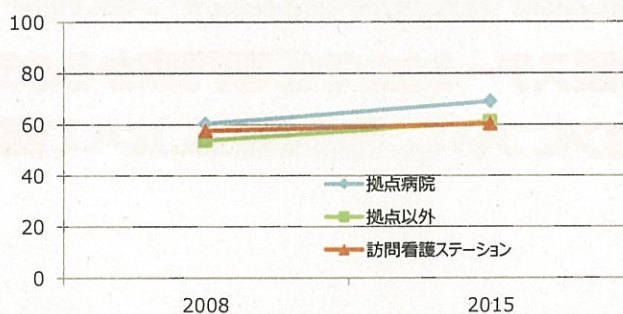
知識	正答割合（%）															
	拠点病院				拠点以外の病院								訪問看護ステーション			
	2008		2015		2008		2015		2008		2015		2008		2015	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
理念	92	42	93	37	0.01	***	86	50	88	55	0.06	***	93	55	92	85
疼痛・オピオイド	63	42	75	36	0.46	***	54	43	66	48	0.43	***	62	57	63	88
呼吸困難	52	40	59	35	0.31	***	45	39	53	43	0.32	***	47	53	48	82
せん妄	48	47	56	41	0.22	***	56	46	47	51	0.10	*	43	60	45	93
消化器症状	59	45	59	39	0.42	***	55	46	63	52	0.26	***	58	59	68	92
合計	60	30	69	26	0.48	***	54	30	61	34	0.39	***	58	42	60	65

数値が高いほど知識が高いことを示す、* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

† 効果量：2008と2015での変化の大きさを表す（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）

* 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

合計平均：施設種別



看護師調査

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」研究介入前結果（2008）との前後比較

困難感	ドメイン平均（数値が高いほど困難が高いことを示す）															
	拠点病院				拠点以外の病院								訪問看護ステーション			
	2008		2015		2008		2015		2008		2015		2008		2015	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
症状緩和	3.3	1.4	2.8	1.2	0.48	***	3.4	1.4	3.1	1.5	0.37	***	3.4	1.8	3.2	2.7
専門家の支援	2.4	1.8	1.7	1.6	0.66	***	3.5	1.9	2.0	2.1	1.22	***	3.3	2.5	3.0	3.9
医療者間のコミュニケーション	2.9	1.7	2.5	2.5	0.41	***	3.1	1.7	2.6	1.9	0.52	***	3.5	2.1	3.1	3.3
患者家族とのコミュニケーション	3.1	1.6	2.9	2.9	0.25	***	3.2	1.5	3.0	1.7	0.22	***	3.2	1.9	2.9	3.0
地域連携	3.0	1.9	2.4	2.4	0.44	***	3.1	1.9	2.5	2.1	0.55	***	2.9	2.1	2.4	3.2
合計	2.9	1.2	2.5	2.5	0.64	***	3.3	1.2	2.6	1.3	0.86	***	3.3	1.5	2.9	2.4

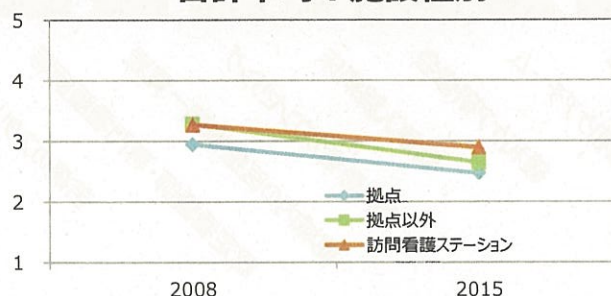
回答方法は「1.思わない」「2.たまに思う」「3.時々思う」「4.よく思う」「5.非常によく思う」から選択，数値が高いほど困難が高いことを示す

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

† 効果量：2008と2015での変化の大きさを表す（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）

* 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

合計平均：施設種別



医療者調査 結果（２）

２－１．２００８年に実施した調査と比較した結果、看護師の疼痛管理の知識をはじめとする緩和ケアに関する知識は上昇していた。

とくに、拠点病院の看護師の変化が、拠点病院以外の病院、訪問看護ステーションの看護師よりも大きく、正答割合も高かった。

２－２．緩和ケアを提供するうえでの困難感は、各領域で減少していた。拠点病院では全体的に他の施設よりも困難感は少なく、特に専門家からの支援が得やすくなったという変化が目立った。

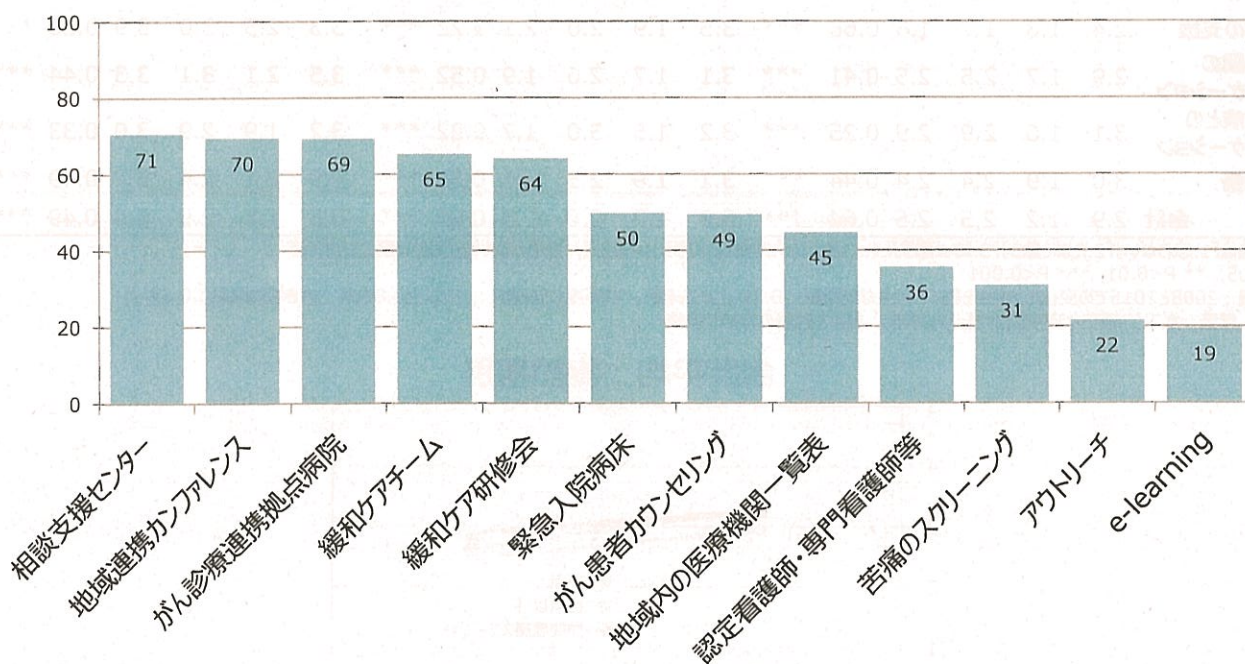
一方で、訪問看護ステーションでは専門家からの支援や医療者間のコミュニケーションについて、他の施設に比べて困難を強く感じていた。

医師調査

横断調査

緩和ケア提供体制の整備：拠点病院（がん診療医師）

機能していると回答した割合（％）

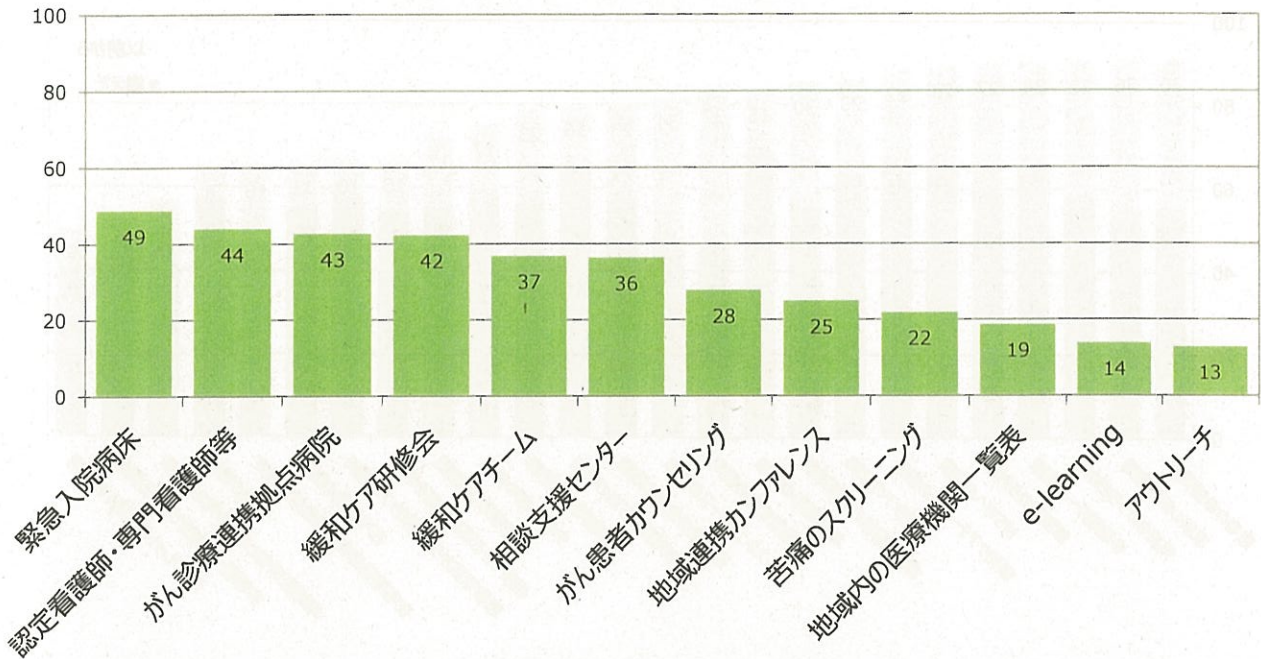


医師調査

横断調査

緩和ケア提供体制の整備：拠点以外の病院（がん診療医師）

機能していると回答した割合（%）

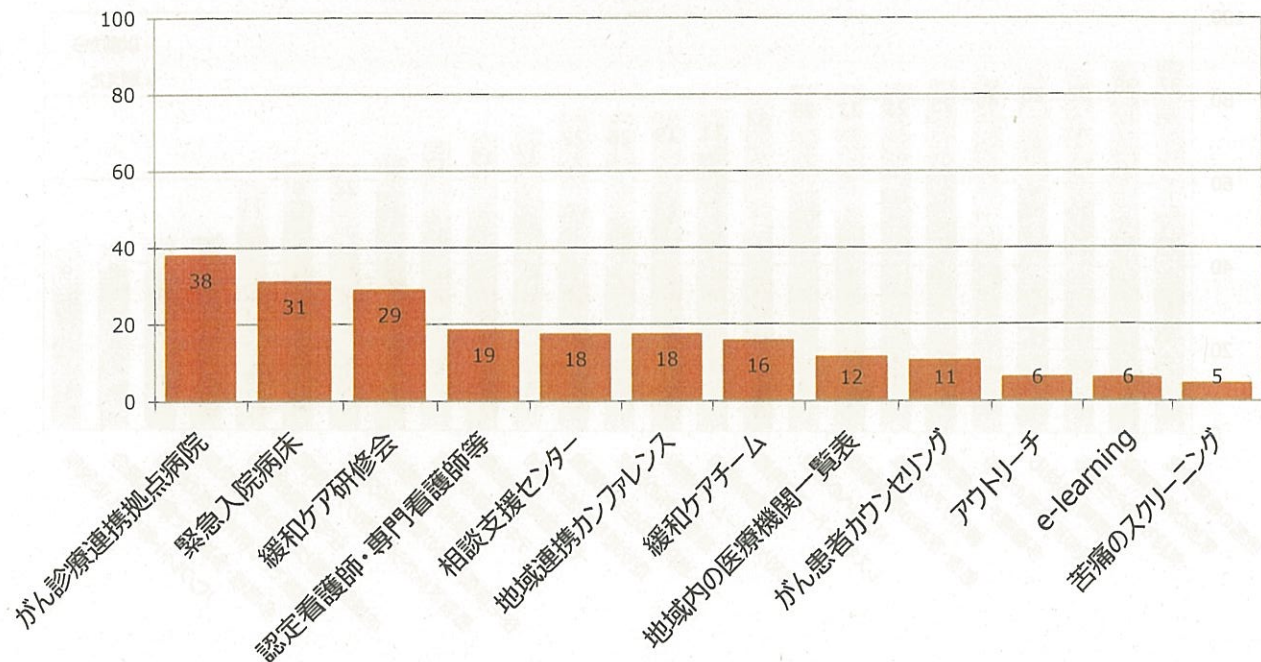


医師調査

横断調査

緩和ケア提供体制の整備：診療所（がん診療医師）

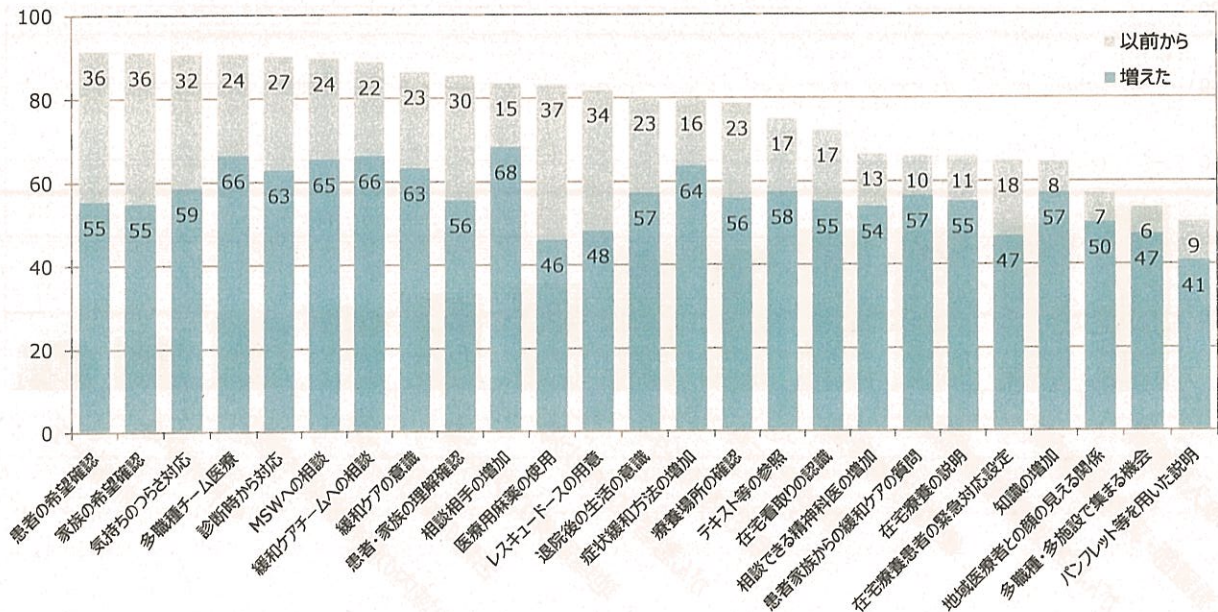
機能していると回答した割合（%）



医師調査

横断調査

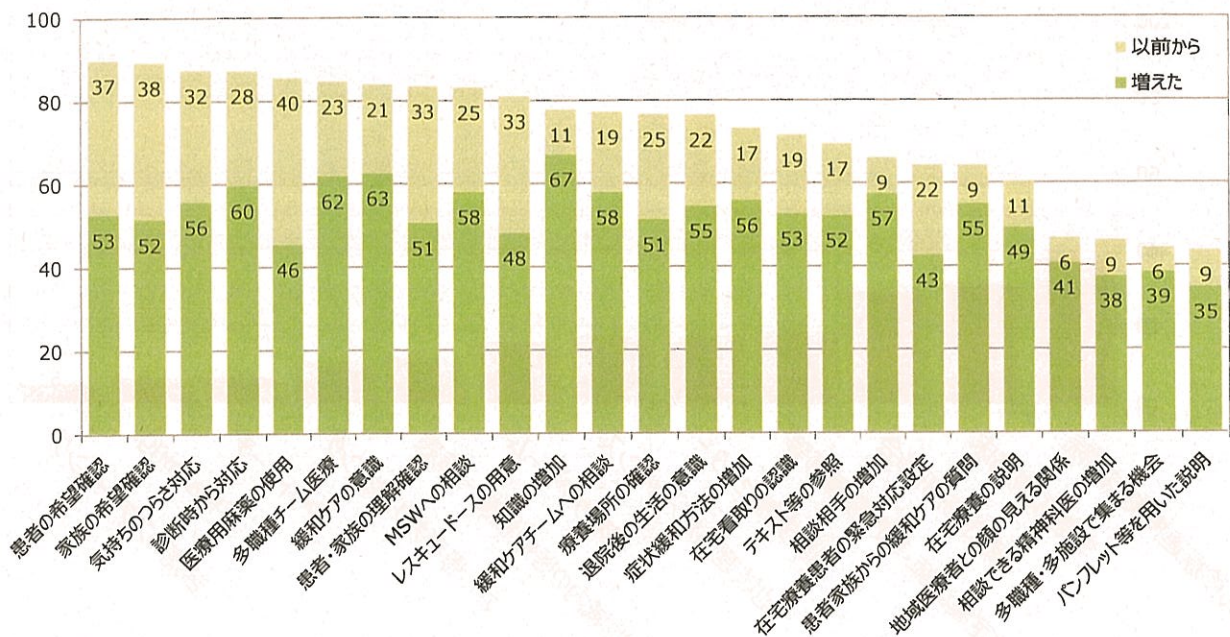
3年間の自身の緩和ケアに関する変化：拠点病院（がん診療医師）
「以前から行っている・ある」、「増えた」と回答した割合（%）



医師調査

横断調査

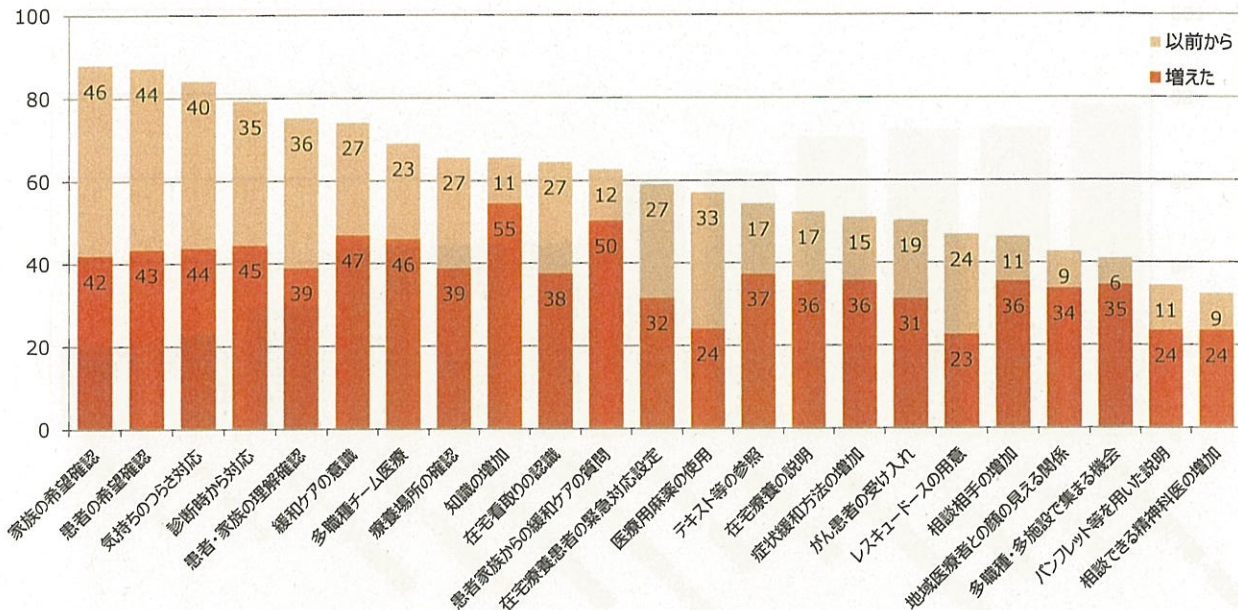
3年間の自身の緩和ケアに関する変化：拠点以外の病院（がん診療医師）
「以前から行っている・ある」、「増えた」と回答した割合（%）



医師調査

横断調査

3年間の自身の緩和ケアに関する変化：**診療所（がん診療医師）**
「以前から行っている・ある」、「増えた」と回答した割合（%）



医療者調査 結果（3）

3－1．緩和ケアに関連する体制について、拠点病院の医師の多くは、相談支援センター、緩和ケアチーム、緩和ケア研修会などの拠点病院制度に関連した体制が機能していると感じていた。

一方で、拠点病院の医師に比して、**拠点病院以外の病院や診療所の医師は、体制が機能していると感じている者は少なかった。**

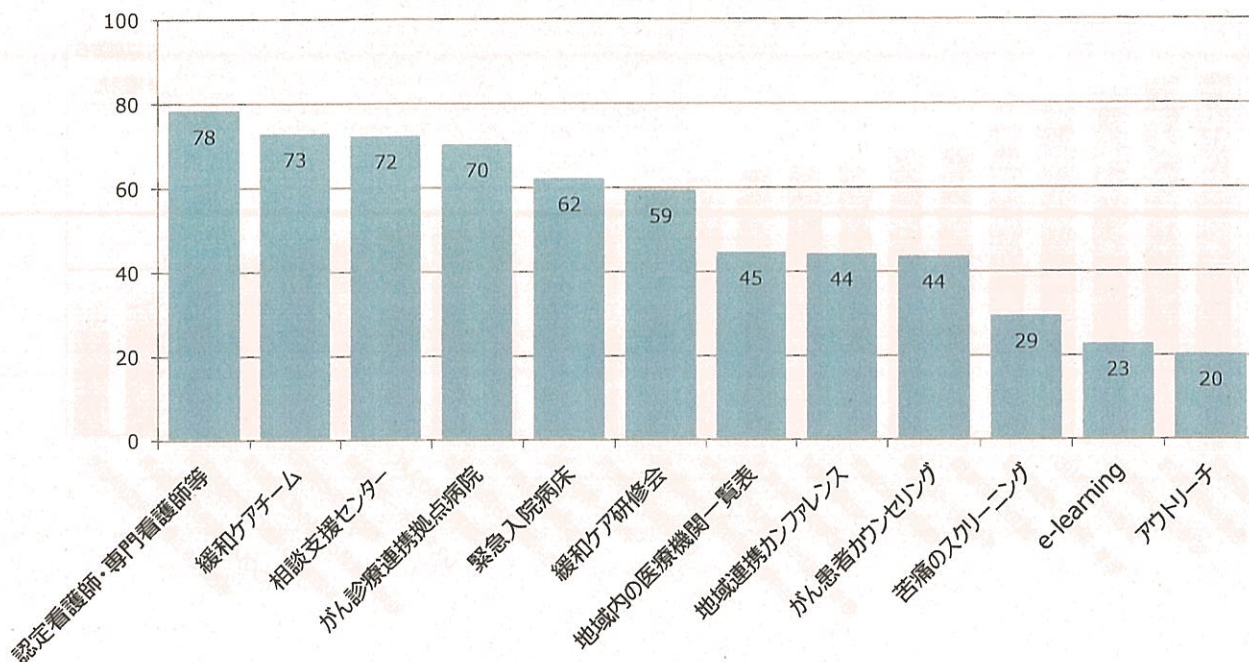
3－2．医師が考える3年間の自身の変化では、診断時からの苦痛への対応の意識、専門家や多職種との連携が増えたと考えている医師が多かった。また、患者・家族の希望の確認や医療用麻薬の使用については、以前から行っていた医師も多かったが、増えたと考えている医師も多かった。これらの変化を感じている医師は、がん診療を行っている医師の方がより多かった。

一方で、他の項目に比して、**在宅移行を含めた地域連携については、変化を感じている医師は少なかった。**

看護師調査

横断調査

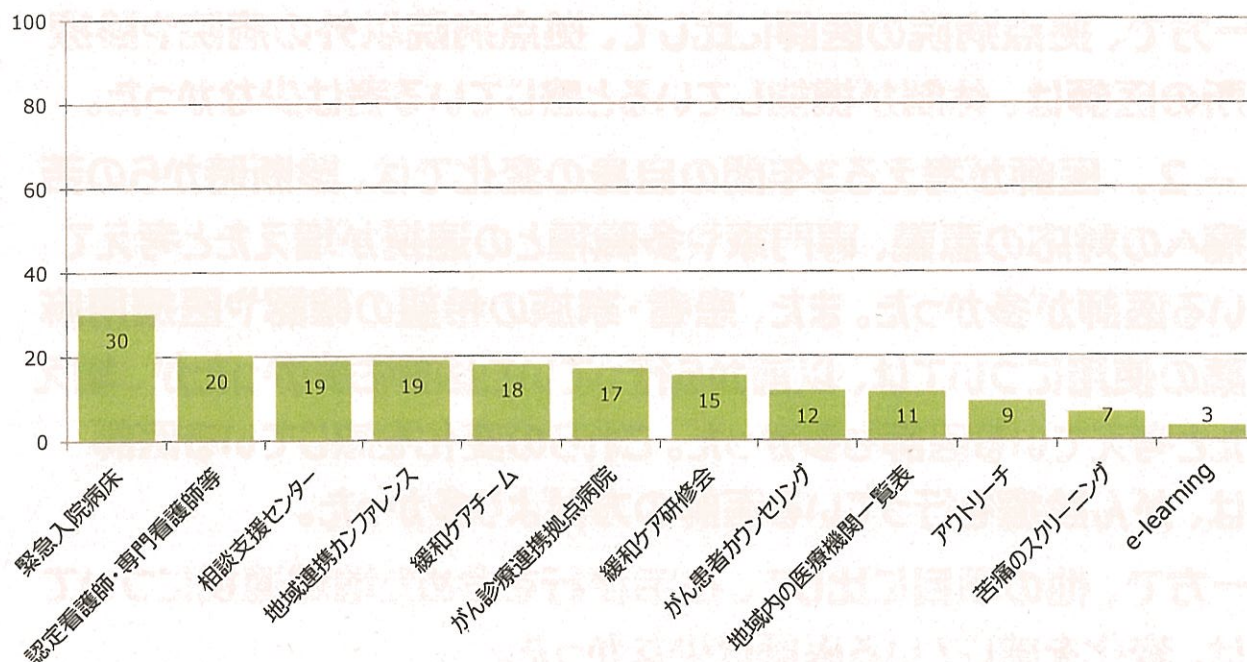
緩和ケア提供体制の整備：拠点病院
「機能している」と回答した割合（%）



看護師調査

横断調査

緩和ケア提供体制の整備：拠点病院以外の病院
「機能している」と回答した割合（%）

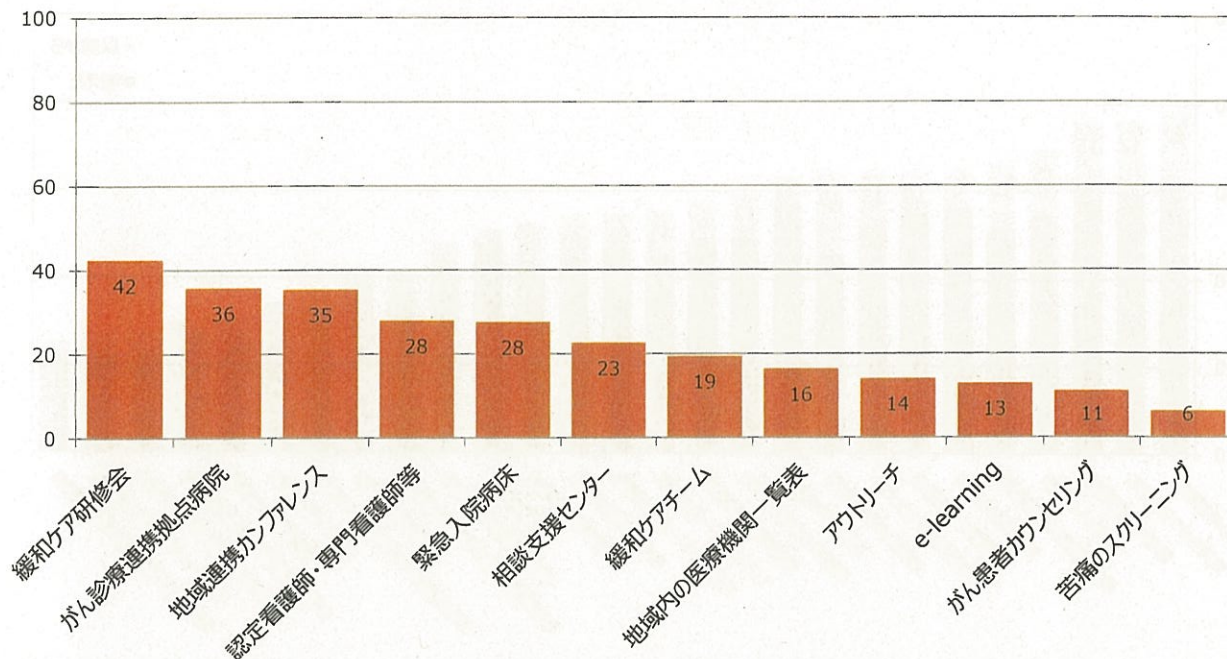


看護師調査

横断調査

緩和ケア提供体制の整備：訪問看護ステーション

「機能している」と回答した割合（％）

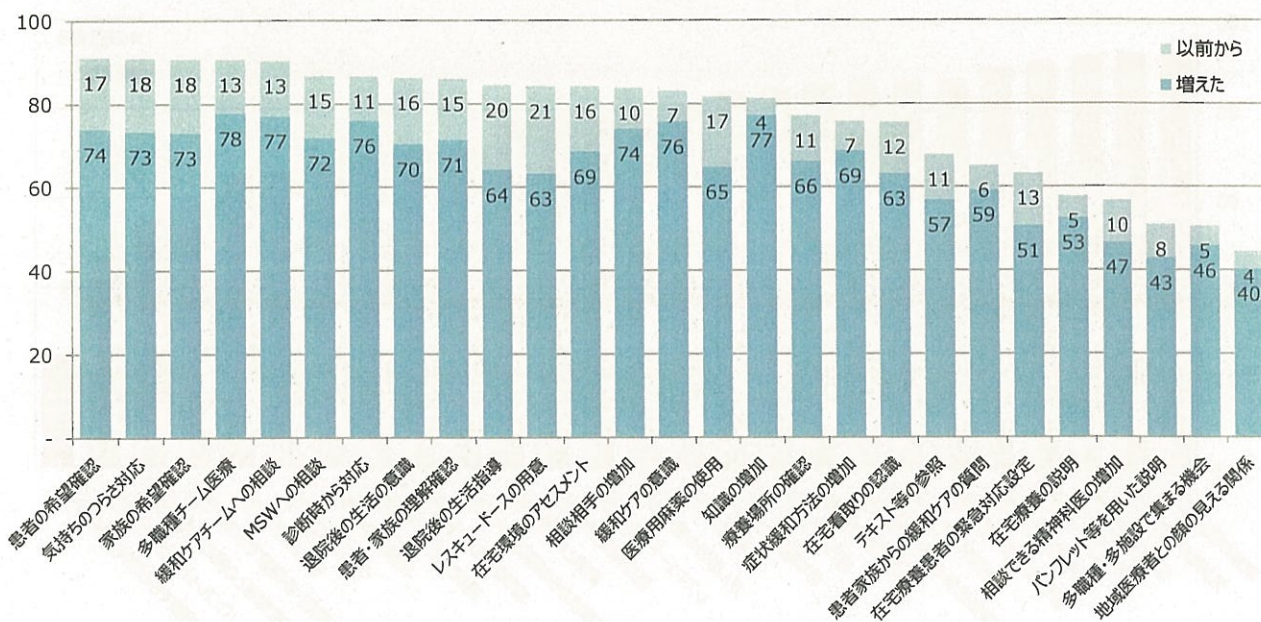


看護師調査

横断調査

3年間の自身の緩和ケアに関する変化：拠点病院

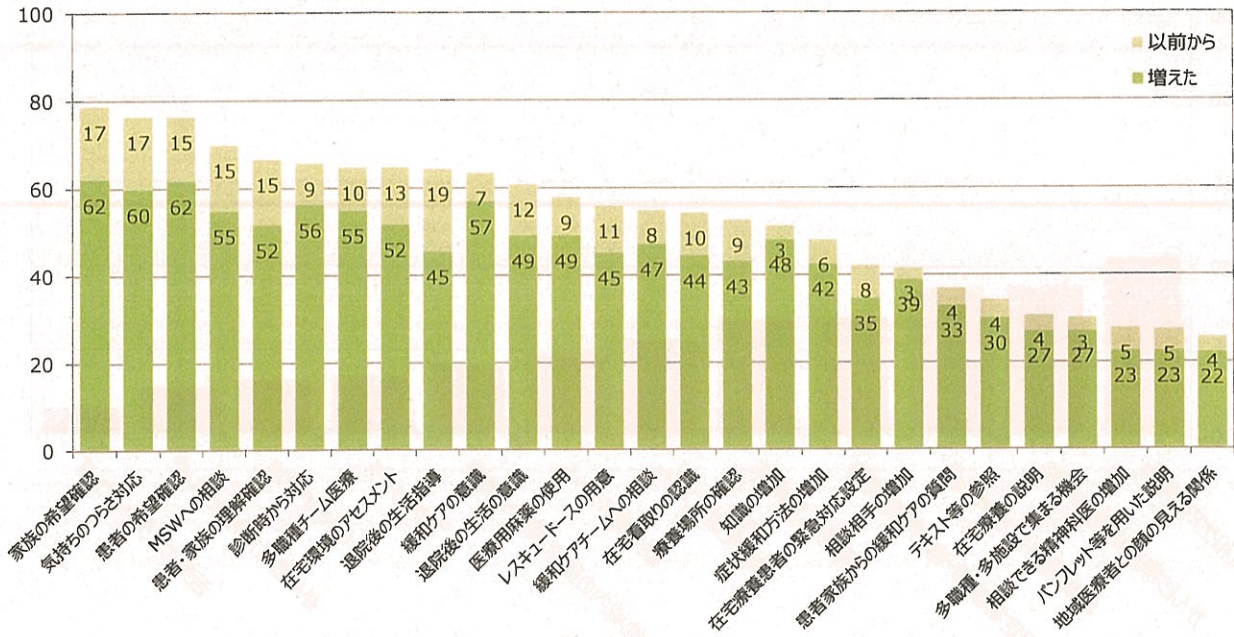
「以前から行っている・ある」、「増えた」と回答した割合（％）



看護師調査

横断調査

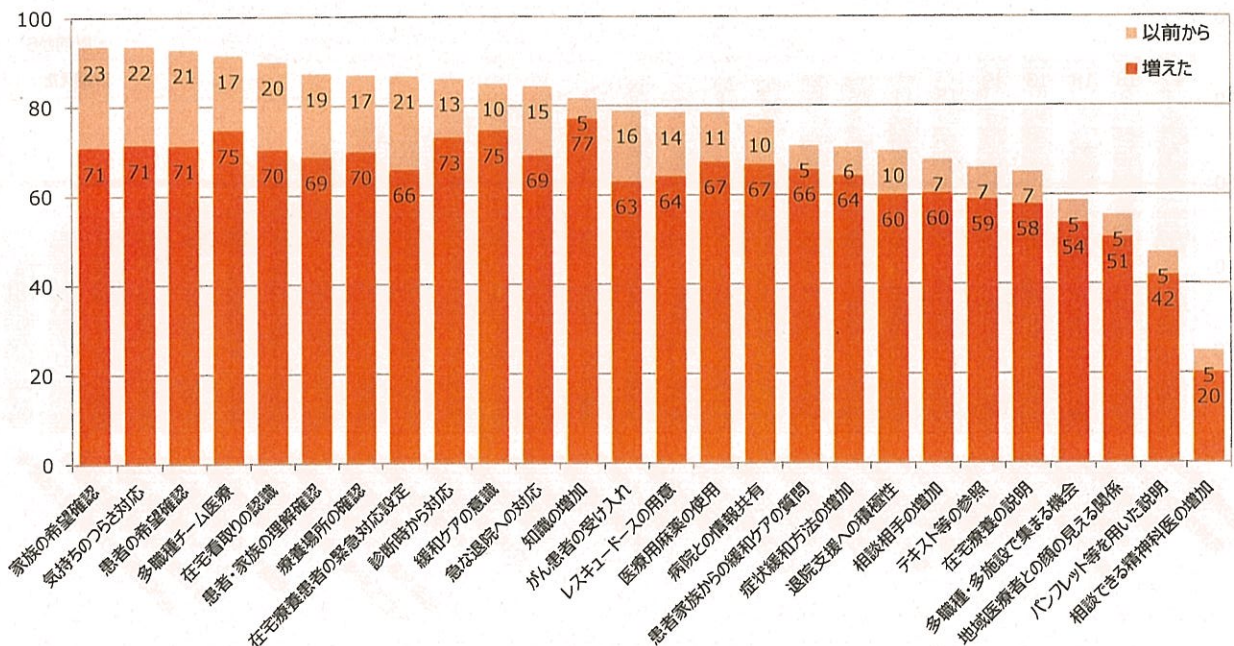
3年間の自身の緩和ケアに関する変化：**拠点病院以外の病院**
「以前から行っている・ある」、「増えた」と回答した割合（%）



看護師調査

横断調査

3年間の自身の緩和ケアに関する変化：**拠点病院訪問看護ステーション**
「以前から行っている・ある」、「増えた」と回答した割合（%）



医療者調査 結果（４）

４－１．緩和ケアに関連する体制について、拠点病院の看護師では、認定看護師・専門看護師、緩和ケアチーム、相談支援センターなど、がん拠点病院に配置が定められている項目について機能していると感じている者が多かった。

一方で、拠点病院の看護師に比して、**拠点病院以外の病院や訪問看護ステーションの看護師の多くは、拠点病院制度をはじめとして、多くの体制が機能しているとは感じていなかった。**

４－２．看護師が考える３年間の自身の変化では、緩和ケアの意識、疼痛等の症状の対応、患者・家族の希望の確認、多職種との連携、退院後の生活の意識など、各項目で変化を感じている看護師が多かった。特に、拠点病院、訪問看護ステーションで、変化を感じている看護師が多かった。

一方、**地域の医療者との関係構築や多職種・多施設で集まる機会など、直接的な地域連携に関連する項目は、他の項目に比して変化を感じている看護師は少なかった。**

医療者調査 主な変化のまとめ

- （１）２００８年と比較して、医師と看護師の緩和ケアに関する知識、支障・困難感は統計学的に改善していた。
- （２）さらに、この３年間で自身の緩和ケアに関する変化を感じている医師と看護師は多かった。がん診療に携わる医師では、がん診療を行わない医師に比して、変化を感じている者が多く、緩和ケアはがん診療に携わる医師により浸透していた。
- （３）その要因は、質的調査からがん拠点病院制度の整備やそれに基づく緩和ケアチーム等の専門家の配置、緩和ケアに関する研修の機会の増加による、医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化によるものと考えられた。
- （４）量的調査からも、拠点病院に勤務する医療従事者では、がん拠点病院制度とそれに関連した体制が機能していると感じている者は多かった。

医療者調査 主な課題のまとめ

- (1) 一方で、がん拠点病院と他の施設で比較すると、がん拠点病院の方が緩和ケアに関する知識が高く、支障・困難感が低いという状況があった。特に、がん拠点病院以外では、専門家からの支援が得がたいことが明らかになった。
- (2) 緩和ケアに関する体制整備では、がん拠点病院以外の医療従事者は、拠点病院制度をはじめとした各種の体制が機能していると実感できていないことが明らかになった。
- (3) 他の項目に比して、地域連携について変化を感じている医師・看護師は全体的に少なく、他の領域に比べて地域連携の取り組みが遅れていることが明らかになった。
- (4) また、医師について、緩和ケアに関する知識は客観的には向上しているものの、「知識・技術は十分」だと考えている割合は2～4割程度に留まっており、大きな変化はなかった。

表1-2. 医師調査結果 「がん医療における緩和ケアに関する意識調査(2008)」との前後比較 緩和ケアを提供するうえでの支障(黒字:数値が高いほど支障が高いことを示す 赤字:数値が高いほど支障が低いことを示す)

	「3.そう思う」,「4.とても思う」と回答した割合(%)					診療所				
	拠点病院		拠点以外の病院			2008*		2015		
	2008* (n=4856)	2015 (n=838)	P	効果量†		2008* (n=23840)	2015 (n=1447)	P	効果量†	
疼痛の緩和のための知識や技術は十分である	39 %	37 %	0.005	0.11	34 %	36 %	<0.001	0.12	25 %	0.055
疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術は十分である	38 %	36 %	0.036	0.08	36 %	33 %	0.314	0.03	35 %	0.838
がん患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応に関する知識や技術は十分である	18 %	22 %	<0.001	0.22	19 %	21 %	<0.001	0.12	20 %	0.402
患者への病状説明(告知など)に不安がある	17 %	20 %	0.475	0.03	21 %	21 %	0.051	0.05	24 %	0.014
患者と死や死の可能性について話すことが負担である	27 %	25 %	0.002	0.11	28 %	26 %	0.008	0.07	29 %	<0.001
家族とのコミュニケーションやサポートに不安がある	18 %	18 %	0.112	0.06	21 %	20 %	0.008	0.07	24 %	0.001
疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援が容易に得られる	61 %	74 %	<0.001	0.33	39 %	52 %	<0.001	0.32	29 %	0.001
疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援が容易に得られる	57 %	68 %	<0.001	0.30	38 %	50 %	<0.001	0.28	31 %	0.008
こころの問題の専門家の助言や支援が容易に得られる	34 %	55 %	<0.001	0.53	21 %	36 %	<0.001	0.40	17 %	0.001
入院が必要な場合にすぐに対応できる施設がない	26 %	19 %	<0.001	0.17	25 %	18 %	<0.001	0.19	32 %	0.003
麻薬の扱いの説明、手続き、管理が困難である	16 %	14 %	0.004	0.11	19 %	17 %	<0.001	0.13	39 %	0.035
終末期がん患者の診療は、経済的に割に合わない	29 %	17 %	<0.001	0.31	29 %	18 %	<0.001	0.28	34 %	<0.001
ほかの診療で手いっぱいである余裕がない	40 %	30 %	<0.001	0.26	35 %	29 %	<0.001	0.19	37 %	0.600
終末期がん患者の診療は、医師としてやりがいがない	5 %	6 %	0.048	0.07	5 %	6 %	0.625	0.01	6 %	0.000

回答方法は「1.そう思わない」「2.ややそう思う」「3.そう思う」「4.とても思う」から選択

*がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査(2008年日本医師会)

†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よりに解釈する(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)

表1-3. 医師調査結果 「がん医療における緩和ケアに関する意識調査(2008)」との前後比較 緩和ケア, がん対策推進基本計画の認知度(数値が高いほど認知度が高いことを示す)

	「1.よく知っている」,「2.ある程度は知っている」と回答した割合(%)					診療所				
	拠点病院		拠点以外の病院			2008*		2015		
	2008* (n=4856)	2015 (n=838)	P	効果量†		2008* (n=23840)	2015 (n=1447)	P	効果量†	
「緩和ケア」という言葉を知っていますか	98 %	98 %	<0.001	0.22	95 %	96 %	<0.001	0.21	89 %	<0.001
がん対策推進基本計画について、どの程度知っていますか	60 %	71 %	<0.001	0.37	48 %	62 %	<0.001	0.36	50 %	0.1514

回答方法は「1.よく知っている」「2.ある程度は知っている」「3.聞いたことがある」「4.知らない」から選択

*がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査(2008年日本医師会)

†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よりに解釈する(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)

表2-1. 看護師調査結果「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」研究の介入前結果(2008)との前後比較 緩和ケアに関する知識 (数値が高いほど知識が高いことを示す)

	正答割合(%)											
	拠点病院				拠点以外の病院				訪問看護ステーション			
	2008* (n=1515)	2015 (n=1227)	P	効果量†	2008* (n=1010)	2015 (n=1928)	P	効果量†	2008* (n=198)	2015 (n=995)	P	効果量†
理念(ドメイン調整平均±標準偏差)												
緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである(誤)	92 ± 42	93 ± 37	0.776	0.01	86 ± 50	88 ± 55	0.150	0.06	93 ± 55	92 ± 85	0.436	0.06
緩和ケアは、がんに対する治療と一緒にには行わない(誤)	90 %	93 %			86 %	89 %			91 %	90 %		
	89 %	88 %			81 %	83 %			89 %	86 %		
疼痛・オピオイド												
疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである(正)	63 ± 42	75 ± 36	<0.001	0.46	54 ± 43	66 ± 48	<0.001	0.43	62 ± 57	63 ± 88	0.740	0.03
がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタジン(ベンタジン®、ソセゴン®)を積極的に使用するべきである(誤)	77 %	82 %			72 %	76 %			79 %	74 %		
医療用麻薬を使用するようにになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬は同時に使用しない(誤)	60 %	79 %			54 %	66 %			56 %	57 %		
医療用麻薬投与後にベンタジン(ベンタジン®、ソセゴン®)やブプレノルフィン(レバタン®)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)	61 %	85 %			41 %	70 %			59 %	64 %		
医療用麻薬を長期使用すると、薬物中毒がしばしば生じる(誤)	49 %	63 %			38 %	49 %			24 %	25 %		
医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない(正)	51 %	72 %			41 %	53 %			55 %	55 %		
	42 %	53 %			31 %	38 %			41 %	41 %		
呼吸困難												
がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげられる(正)	52 ± 40	59 ± 35	<0.001	0.31	45 ± 39	53 ± 43	<0.001	0.32	47 ± 53	48 ± 82	0.555	0.05
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)	66 %	85 %			56 %	72 %			54 %	63 %		
患者の息苦しさや酸素飽和度は比喩する(誤)	19 %	25 %			14 %	17 %			16 %	17 %		
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®)や臭化チルスコポラミン(ブスコピン®))が有効である(正)	78 %	83 %			68 %	76 %			81 %	76 %		
	17 %	26 %			10 %	16 %			19 %	17 %		
せん妄												
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ことがある(正)	48 ± 47	56 ± 41	<0.001	0.22	56 ± 46	47 ± 51	0.011	0.10	43 ± 60	45 ± 93	0.397	0.07
がん患者のせん妄の改善には、抗精神薬が有効なことが多い(正)	29 %	43 %			28 %	34 %			45 %	56 %		
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)	33 %	43 %			24 %	31 %			30 %	31 %		
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)	37 %	42 %			33 %	35 %			30 %	31 %		
	56 %	65 %			53 %	51 %			55 %	55 %		
消化器症状												
がんの終末期では、腫瘍による消費が増えるため、早期がんとより多いカロリーを必要とする(誤)	59 ± 45	59 ± 39	<0.001	0.42	55 ± 46	63 ± 52	<0.001	0.26	58 ± 59	68 ± 92	<0.001	0.34
末梢静脈が確保できなくなつた場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである(誤)	55 %	65 %			53 %	53 %			58 %	63 %		
ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する(正)	61 %	82 %			61 %	75 %			64 %	78 %		
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)	51 %	69 %			44 %	57 %			49 %	64 %		
	47 %	57 %			46 %	49 %			41 %	48 %		
合計調整平均、標準偏差	60 ± 30	69 ± 26	<0.001	0.48	54 ± 30	61 ± 34	<0.001	0.39	58 ± 42	60 ± 65	<0.001	0.13

*2008・OPTIM研究介入前データ(Sato K. 2014JJCO)

*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:0.05以上0.8未満, 大きな効果量:0.8以上)

表2-3. 看護師調査結果「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OP-TIM)」研究の介入前結果(2008)との前後比較 緩和ケアに関する実践 (数値が高いほど実践していることを示す)

	拠点病院					拠点以外の病院					訪問看護ステーション				
	2008*	2015	P	効果量†		2008*	2015	P	効果量†		2008*	2015	P	効果量†	
	(n=1515)	(n=1227)				(n=1010)	(n=1928)				(n=198)	(n=595)			
疼痛(ドメイン調整平均±標準偏差)															
患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みを聞く、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	4.2 ± 1.2	4.1 ± 1.1	0.095	0.06		4.0 ± 1.4	4.0 ± 1.5	0.675	0.02		3.8 ± 1.7	3.8 ± 2.6	0.914	0.01	
どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	77 %	87 %				70 %	81 %				57 %	72 %			
鎮痛薬を随時(レスキュー)で使用した場合、その効果を把握している	79 %	89 %				66 %	82 %				84 %	88 %			
	88 %	92 %				81 %	88 %				85 %	90 %			
呼吸困難															
息苦しさを経験するため、患者に直接息苦しさの程度を聞くか、共通した評価手段を用いている	3.9 ± 1.3	4.4 ± 1.1	<0.001	0.72		3.7 ± 1.3	4.3 ± 1.5	<0.001	0.64		3.6 ± 1.6	4.0 ± 2.5	<0.001	0.47	
どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	58 %	65 %				51 %	59 %				48 %	59 %			
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	72 %	83 %				62 %	76 %				82 %	84 %			
	76 %	85 %				71 %	81 %				85 %	87 %			
せん妄															
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	3.4 ± 1.5	3.7 ± 1.3	<0.001	0.32		3.1 ± 1.5	3.5 ± 1.7	<0.001	0.43		3.1 ± 1.9	3.4 ± 2.9	<0.001	0.34	
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	42 %	59 %				24 %	49 %				27 %	45 %			
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	52 %	67 %				35 %	58 %				46 %	59 %			
	40 %	52 %				27 %	40 %				61 %	65 %			
看取りのケア															
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	3.8 ± 1.5	4.1 ± 1.3	<0.001	0.28		3.6 ± 1.5	3.9 ± 1.7	<0.001	0.31		3.8 ± 1.8	3.9 ± 2.9	0.039	0.17	
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)	59 %	74 %				51 %	65 %				70 %	78 %			
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	62 %	74 %				52 %	68 %				76 %	76 %			
	58 %	72 %				46 %	62 %				80 %	81 %			
コミュニケーション															
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している	3.9 ± 1.3	4.2 ± 1.1	<0.001	0.38		3.7 ± 1.3	4.0 ± 1.4	<0.001	0.32		3.9 ± 1.6	4.0 ± 2.4	0.164	0.11	
患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	63 %	79 %				54 %	69 %				78 %	82 %			
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	69 %	81 %				60 %	72 %				78 %	82 %			
	59 %	76 %				48 %	63 %				72 %	75 %			
患者・家族中心のケア															
患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	4.1 ± 1.3	4.2 ± 1.1	<0.001	0.21		3.9 ± 1.3	4.1 ± 1.4	<0.001	0.24		4.2 ± 1.6	4.2 ± 2.4	0.733	0.03	
患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	70 %	78 %				58 %	70 %				82 %	86 %			
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	74 %	82 %				65 %	75 %				86 %	89 %			
	78 %	85 %				68 %	78 %				87 %	89 %			
口腔ケア															
口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にしている	4.0 ± 1.5	4.1 ± 1.3	0.033	0.08		4.0 ± 1.6	4.0 ± 1.7	0.594	0.02		3.8 ± 1.7	4.0 ± 2.7	0.034	0.17	
	72 %	77 %				76 %	77 %				74 %	81 %			
合計調整平均、標準偏差	3.9 ± 1.1	4.1 ± 0.9	<0.001	0.38		3.7 ± 1.1	3.9 ± 1.2	<0.001	0.39		3.8 ± 1.4	3.9 ± 2.2	<0.001	0.22	

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.常にしている」から選択

*2008: OP-TIM研究介入前データ(Sato K. 2014JGO)

†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より解釈する(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)

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3-1. 医師調査結果 横断調査 緩和ケア提供体制の整備状況と機能に対する認識

	がん診療をしている医師の回答割合(%)*						がん診療をしていない医師の回答割合(%)*								
	拠点病院 (n=1269)		拠点以外の病院 (n=901)		診療所 (n=550)		拠点病院 (n=488)		拠点以外の病院 (n=527)		診療所 (n=936)				
	機能して いる	機能して いない	機能して いる	機能して いない	機能して いる	機能して いない	機能して いる	機能して いない	機能して いる	機能して いない	機能して いる	機能して いない			
○緩和ケアに関する相談にのる患者・家族向けの窓口(がん相談支援センターなど)	71	19	1	36	31	18	42	15	2	27	21	12	14	19	21
○地域で利用できる緩和ケアに関するサービスが一目で分かる冊子やホームページ(地域の緩和ケアや在宅医療等に関する一覧表など)	45	29	4	19	35	19	25	20	3	17	22	11	10	19	19
○受診・入院している患者・家族が訴えなくても、苦痛を適切にスクリーニングできるシステム(問診票を配布するなど)	31	32	16	22	32	28	20	19	7	13	19	18	4	12	26
○患者・家族が診断結果や治療方法を理解し、納得して治療方針を選択することを支援するための、看護士などによるカウンセリングのシステム	49	29	7	28	32	22	30	17	5	22	20	14	8	15	22
○医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家(ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム※、緩和ケア外来、在宅ホスピスなどへの診察依頼や、電話・メールでの相談も含む)	65	22	3	37	28	22	40	16	3	24	19	16	10	18	21
○対応が困難な苦痛をやわらげるための、専門的な治療を行う医療機関(がん診療連携拠点病院など)	69	21	2	43	35	10	46	15	2	31	22	8	28	19	13
○緩和ケア病棟以外に、緊急時の入院や日中や夜間に患者が入院できる施設	50	30	8	49	30	12	32	20	7	30	21	11	18	19	17
○緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種(専門・認定看護師や認定薬剤師など)	70	22	1	44	32	12	44	17	2	30	20	9	13	17	15
○病院と診療所・訪問看護ステーションなど地域内の医療者同士が連携するためのカンファレンス	36	37	8	25	37	22	25	20	3	17	24	10	13	21	16
○緩和ケアに関する集合型の研修会の実施(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会など)	64	23	1	42	32	11	41	16	2	25	21	7	20	21	12
○インターネットを用いた医療者への教育システム(e-learning)	19	38	14	14	37	24	15	21	6	12	23	11	6	16	17
○地域の緩和ケア病棟の医師や緩和ケアチームが病院内だけでなく、地域の要請に応じて訪問診療できるような診療支援システム	22	28	22	13	26	35	12	19	7	10	17	18	6	13	21

回答方法「1. 体制自体がないと思う」「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制はあるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されていると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」から選択

*体制なし「1. 体制自体がないと思う」、機能していない「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制はあるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されていると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」から選択

表3-2. 医師調査結果 横断調査 3年間の自身の緩和ケアに関する変化

	がん診療している医師の回答割合(%)*						がん診療をしていない医師の回答割合(%)					
	拠点病院 (n=1269)			拠点以外の病院 (n=901)			拠点病院 (n=488)			拠点以外の病院 (n=527)		
	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療するようになった	23	63	8	21	63	8	7	37	27	11	36	26
○患者の苦痛について、診断時から対応することを意識するようになった	27	63	5	28	60	5	12	40	18	17	36	19
○臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	8	57	17	11	67	13	14	80	4	5	29	31
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになった	37	46	10	40	46	8	9	20	39	15	19	35
○症状緩和の方法や精神的サポートの方法は、複数の選択肢から患者の状況に応じて選べるようになった	16	64	10	17	56	16	6	29	28	8	24	32
○がんの疼痛が悪化した時に、すぐに対応できる医療用麻薬の速放性製剤(レスキュードーズ)を用意するようになった	34	48	10	33	48	10	8	19	38	12	20	35
○緩和ケアに関して困ったとき、緩和ケアに関するテキストやマニュアルなどの資料が、すぐ見られるようになった	17	58	15	17	52	19	6	27	31	7	25	35
○診断結果や病状について患者や家族がどのように理解しているか、患者・家族に聞くようになった	30	56	7	33	51	9	14	32	20	18	29	23
○患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	36	55	3	37	53	4	22	44	9	26	39	12
○患者だけでなく、家族の希望や気持ちも聞くようになった	36	55	3	38	52	4	22	43	10	26	37	13
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応するようになった	32	59	3	32	56	5	19	44	10	25	38	12
○一人でなく、多職種チームで対応していこうと思うようになった	24	66	4	23	62	7	16	46	11	20	42	13
○緩和ケアについて相談できる人が増えた	15	68	9	9	57	23	5	37	24	7	31	30
○患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応について、相談できる精神科医が増えた	13	54	24	9	38	42	7	30	27	9	25	34
○患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれるようになった	10	57	25	9	55	26	3	26	37	5	26	39
○パンフレット等の資料を用いて、緩和ケアについて患者・家族に説明するようになった	9	41	40	9	35	46	4	14	45	6	15	48

表3-2(続き) 医師調査結果 横断調査 3年間での自身の緩和ケアに関する変化

	がん診療している医師の回答割合(%) *						がん診療をしていない医師の回答割合(%)					
	拠点病院 (n=1269)			拠点以外の病院 (n=901)			拠点病院 (n=488)			拠点以外の病院 (n=527)		
	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った	以前から 増えた	変化なし	以前から 減った
○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くようになった	23	56	14	25	51	14	8	25	32	11	23	33
○地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになった	11	55	23	11	49	25	3	20	38	6	17	41
○地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなった	7	50	31	6	41	38	3	20	39	5	17	42
○普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えた	6	47	33	6	39	42	3	23	39	5	20	42
○在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	18	47	23	22	43	22	6	19	37	9	19	37
○実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	17	55	17	19	53	16	5	30	28	9	27	31
【病院のみ回答対象】												
○苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになった	22	66	6	19	58	13	11	47	14	13	38	21
○医療費や療養中の生活費について悩みがある患者は、医療ソーシャルワーカーに相談しようと思うようになった	24	65	5	25	58	7	15	55	9	20	44	13
○在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からできるだけシンプルにするようになった	23	57	11	22	55	12	10	40	17	16	33	20
【診療所のみ回答対象】												
○緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらったがん患者も受け入れやすくなった	-	-	-	-	-	-	19	31	25	-	-	-

回答方法「1. 以前からそうなので変化を感じない」「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」「6. わからない」から選択
 *以前から=「1. 以前からそうなので変化を感じない」、変化なし=「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」、増えた=「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」の回答割合

表4-1. 看護師調査結果 横断調査 緩和ケア提供体制の整備状況と機能に対する認識

	回答割合(%)*							
	拠点病院(n=3018)				拠点以外の病院(n=306)			
	機能している	機能していない	体制なし		機能している	機能していない	体制なし	
〇緩和ケアに関する相談にのる患者・家族向けの窓口(がん相談支援センターなど)	72	15	1		19	17	34	
〇地域で利用できる緩和ケアに関するサービスが一目で分かる冊子やホームページ(地域の緩和ケアや在宅医療等に関する一覧表など)	45	24	2		11	22	28	
〇受診・入院している患者・家族が訴えなくても、苦痛を適切にスクリーニングできるシステム(問診票を配布するなど)	29	24	13		7	16	42	
〇患者・家族が診断結果や治療方法を理解し、納得して治療方針を選択することを支援するための、看護師などによるカウンセリングのシステム	44	25	9		12	16	39	
〇医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家(ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅ホスピスなどへの診察依頼や、電話・メールでの相談も含む)	73	15	1		18	11	41	
〇対応が困難な苦痛をやわらげるための、専門的な治療を行う医療機関(がん診療連携拠点病院など)	70	14	1		17	17	31	
〇緩和ケア病棟以外に、緊急時の入院や日中や夜間に患者が入院できる施設	62	15	5		30	19	16	
〇緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種(専門・認定看護師や認定薬剤師など)	78	13	0		20	15	33	
〇病院と診療所・訪問看護ステーションなど地域内の医療者同士が連携するためのカンファレンス	44	27	4		19	20	25	
〇緩和ケアに関する集合型の研修会の実施(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会など)	59	19	1		15	22	25	
〇インターネットを用いた医療者への教育システム(e-learning)	23	23	14		3	16	32	
〇地域の緩和ケア病棟の医師や緩和ケアチームが病院内だけでなく、地域の要請に応じて訪問診療できるような診療支援システム	20	16	20		9	13	33	

回答方法「1. 体制自体がないと思う」「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されていると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」から選択

*体制なし=「1. 体制自体がないと思う」、機能していない=「2. 体制はあるが全く機能していないと思う」「3. 体制があるがあまり機能していないと思う」「4. 体制が整備されている」と思われる体制が整備されていると思う」「5. 体制が整備されてよく機能していると思う」「6. わからない」の回答割合

表4-2. 看護師調査結果 横断調査 3年間の自身の緩和ケアに関する変化

	回答割合(%)*					
	拠点病院(n=3018)			拠点以外の病院(n=306)		
	以前から 増えた	変化なし	以前から 減えた	以前から 増えた	変化なし	以前から 減えた
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療するようになった	7	76	6	7	57	14
○患者の苦痛について、診断時から対応することを意識するようになった	11	76	4	9	56	11
○臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	4	77	7	3	48	20
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになった	17	65	5	9	49	17
○症状緩和の方法や精神的サポートの方法は、複数の選択肢から患者の状況に応じて選べるようになった	7	69	8	6	42	22
○がんの疼痛が悪化した時に、すぐに対応できる医療用麻薬の速放性製剤(レスキューードーズ)を用意するようになった	21	63	4	11	45	17
○緩和ケアに関して困ったとき、緩和ケアに関するテキストやマニュアルなどの資料が、すぐ見られるようになった	11	57	16	4	30	34
○診断結果や病状について患者や家族がどのように理解しているか、患者・家族に聞くようになった	15	71	4	15	52	13
○患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	17	74	2	15	62	7
○患者だけでなく、家族の希望や気持ちも聞くようになった	18	73	2	17	62	6
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応するようになった	18	73	2	17	60	8
○一人でなく、多職種チームで対応していこうと思うようになった	13	78	2	10	55	11
○緩和ケアについて相談できる人が増えた	10	74	6	3	39	31
○患者の精神症状(不安、抑うつ、せん妄など)の対応について、相談できる精神科医が増えた	10	47	27	5	23	42
○患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれるようになった	6	59	21	4	33	34
○パンフレット等の資料を用いて、緩和ケアについて患者・家族に説明するようになった	8	43	32	5	23	42

表4-2(続き). 看護師調査結果 横断調査 3年間の自身の緩和ケアに関する変化

	回答割合(%)*							
	拠点病院(n=3018)		拠点以外の病院(n=306)		訪問看護ステーション(n=526)			
	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた	変化なし	以前から	増えた
○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くようになった	11	66	11	9	43	22	17	70
○地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになった	5	53	22	4	27	37	7	58
○地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなった	4	40	32	4	22	39	5	51
○普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えた	5	46	29	3	27	39	5	54
○在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	13	51	18	8	35	26	21	66
○実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	12	63	10	10	44	18	20	70
【病院のみ回答対象】								
○苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになった	13	77	4	8	47	20	-	-
○医療費や療養中の生活費について悩みがある患者は、医療ソーシャルワーカーに相談しようと思うようになった	15	72	7	15	55	11	-	-
○入院中から退院後も患者・家族が実施できる服薬・ケアの方法にするようになった	16	70	5	12	49	15	-	-
○退院後に必要な医療処置(傷の消毒、カテーテル管理、吸引など)について患者・家族に十分に説明するようになった	20	64	7	19	45	15	-	-
○自宅のトイレ・風呂・ベッド等の環境についてアセスメントするようになった	16	69	7	13	52	14	-	-
【訪問看護ステーションのみ回答対象】								
○緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	-	-	-	-	-	-	16	63
○病院の退院支援・調整が整っていないときは、自分から積極的に整えていくようになった	-	-	-	-	-	-	10	60
○病院と積極的に連絡を取り合い、患者の退院後の様子のフィードバックや情報共有を行うことが増えた	-	-	-	-	-	-	10	67
○急な退院の依頼でも、相手の状況を聞いて、一緒に準備していいと思うようになった	-	-	-	-	-	-	15	69

回答方法「1. 以前からそうなので変化を感じない」「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えたと感じる」「6. わからな
*以前から=1. 以前からそうなので変化を感じない」「2. 以前もそうではないし今も変化を感じない」「3. 少し増えたと感じる」「4. 増えたと感じる」「5. とても増えた

