

平成27年 第3回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 事前アンケート結果(2014.11実施)
 緩和ケア提供体制について:対象施設 51(都道府県拠点病院, 群馬, 千葉), 回答者 実務担当者

【緩和ケアセンターについて】	H26(n=47)	H27(n=50)
	n (%)	n (%)
●緩和ケアセンターの整備状況		
整備の検討中	6 (13.0)	0 (0.0)
整備に向けて調整中	20 (43.5)	16 (32.0)
整備済み	20 (43.5)	34 (68.0)

【緩和ケアセンターについて】	H26(n=47)				H27(n=50)			
	確保困難	調整等で確保可能	確保可能	配置済み	確保困難	調整等で確保可能	確保可能	配置済み
	n (%)							
●メンバーの配置状況								
①センター長	1 (2.2)	3 (6.5)	13 (28.3)	25 (54.4)	0 (0.0)	2 (4.0)	8 (16.0)	40 (80.0)
②ジェネラルマネージャー	2 (4.4)	8 (17.4)	15 (32.6)	18 (39.1)	0 (0.0)	3 (6.0)	8 (16.0)	39 (78.0)
③身体症状医師	0 (0.0)	2 (4.4)	10 (21.7)	34 (73.9)	1 (2.0)	1 (2.0)	4 (8.0)	44 (88.0)
④精神症状医師	3 (6.5)	5 (10.9)	11 (23.9)	27 (58.7)	2 (4.0)	5 (10.0)	5 (10.0)	38 (76.0)
⑤緊急緩和ケア病床担当の医師	3 (6.5)	6 (13.0)	11 (23.9)	25 (54.4)	0 (0.0)	2 (4.0)	10 (20.0)	37 (74.0)
⑥緩和ケア外来担当の医師	0 (0.0)	2 (4.4)	9 (20.0)	34 (75.6)	1 (2.0)	3 (6.0)	4 (8.0)	42 (84.0)
⑦がん看護専門看護師または認定看護師2名	4 (8.7)	6 (13.0)	16 (34.8)	18 (39.1)	2 (4.0)	4 (8.0)	6 (12.0)	38 (76.0)
⑧薬剤師	2 (4.4)	8 (17.4)	13 (28.3)	23 (50.0)	0 (0.0)	2 (4.0)	8 (16.0)	40 (80.0)
⑨医療ソーシャルワーカー	3 (6.5)	8 (17.4)	13 (28.3)	21 (45.7)	1 (2.0)	5 (10.2)	6 (12.2)	36 (73.5)
⑩歯科医師	8 (17.4)	16 (34.8)	8 (17.4)	11 (23.9)	9 (18.4)	13 (26.5)	6 (12.2)	14 (28.6)
⑪臨床心理士	10 (21.7)	7 (15.2)	12 (26.1)	14 (30.4)	15 (30.0)	3 (6.0)	6 (12.0)	24 (48.0)
⑫理学療法士	4 (8.7)	14 (30.4)	12 (26.1)	12 (26.1)	11 (22.5)	9 (18.4)	8 (16.3)	19 (38.8)
⑬管理栄養士	4 (8.7)	11 (23.9)	12 (26.1)	16 (34.8)	5 (10.0)	9 (18.0)	9 (18.0)	25 (50.0)
⑭歯科衛生士	11 (23.9)	14 (30.4)	8 (17.4)	8 (17.4)	15 (30.0)	10 (20.0)	6 (12.0)	14 (28.0)

【緩和ケアセンターについて】	H27(n=50)				
	そう 思わない	あまり 思わない	少し そう思う	そう 思う	とても そう思う
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
●メンバーの人員確保の妨げ					
院内職員の人員不足により、配置が難しい	5 (10.0)	5 (10.0)	15 (30.0)	17 (34.0)	8 (16.0)
病院長など病院執行部の理解が得られない	10 (20.0)	19 (38.0)	13 (26.0)	5 (10.0)	3 (6.0)
関係部署の理解が得られない	10 (20.0)	13 (26.0)	17 (34.0)	9 (18.0)	1 (2.0)
緩和ケアセンターの責任者が明確になっていない	21 (42.0)	18 (36.0)	4 (8.0)	7 (14.0)	0 (0.0)
緩和ケアセンターの機能が不明瞭である	14 (28.0)	16 (32.0)	15 (30.0)	4 (8.0)	1 (2.0)
緩和ケアセンターの各職種役割が不明瞭である	11 (22.0)	19 (38.0)	12 (24.0)	8 (16.0)	0 (0.0)
関連する他部署との役割分担が難しい	8 (16.0)	11 (22.0)	17 (34.0)	10 (20.0)	4 (8.0)

【緩和ケアセンターについて】	H26(n=47)				H27(n=50)			
	実施困難	調整等で実施可能	実施可能	実施中	実施困難	調整等で実施可能	実施可能	実施中
	n (%)							
●各機能の整備状況								
緩和ケアチームによる専門的緩和ケアの提供	0 (0.0)	2 (4.4)	3 (6.7)	40 (88.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	49 (98.0)
医療従事者に対する院内研修会等の運営	0 (0.0)	3 (6.7)	9 (20.0)	32 (71.1)	0 (0.0)	1 (2.0)	2 (4.0)	47 (94.0)
緩和ケア外来による専門的緩和ケアの提供	0 (0.0)	4 (8.9)	3 (6.7)	38 (84.4)	0 (0.0)	3 (6.0)	1 (2.0)	46 (92.0)
CN/CNSIによるがん看護外来	2 (4.4)	8 (17.8)	14 (31.1)	21 (46.7)	1 (2.0)	6 (12.0)	4 (8.0)	39 (78.0)
緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンス	1 (2.2)	8 (17.8)	11 (24.4)	23 (51.1)	3 (6.0)	5 (10.0)	7 (14.0)	35 (70.0)
地域の医療機関の患者の診療情報に係る相談連絡窓口	1 (2.2)	7 (15.6)	11 (24.4)	24 (53.3)	2 (4.0)	5 (10.0)	11 (22.0)	31 (62.0)
外来や病棟等の看護師の連携	5 (11.1)	8 (17.8)	13 (28.9)	19 (42.2)	3 (6.0)	12 (24.0)	6 (12.0)	29 (58.0)
緊急緩和ケア病床	8 (17.8)	10 (22.2)	8 (17.8)	18 (40.0)	2 (4.0)	8 (16.0)	10 (20.0)	29 (58.0)
がん患者とその家族に対する、緩和ケアの相談支援	1 (2.2)	7 (15.6)	13 (28.9)	22 (48.9)	0 (0.0)	6 (12.0)	15 (30.0)	29 (58.0)
地域の診療従事者との連携協力に関するカンファレンス	5 (11.1)	19 (42.2)	8 (17.8)	12 (26.7)	8 (16.0)	13 (26.0)	4 (8.0)	25 (50.0)
地域の緩和ケアの提供体制の実情把握	1 (2.2)	13 (28.9)	10 (22.2)	17 (37.8)	3 (6.0)	18 (36.0)	12 (24.0)	16 (32.0)
【参考】緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価	4 (9.3)	13 (30.2)	13 (30.2)	10 (23.3)	4 (8.0)	17 (34.0)	9 (18.0)	20 (40.0)
【参考】緩和ケアセンターの設置や活動内容の広報	6 (13.3)	15 (33.3)	12 (26.7)	10 (22.2)	3 (6.0)	15 (30.0)	10 (20.0)	22 (44.0)

【苦痛のスクリーニングについて】		H27(n=50)
		n (%)
●実施状況		
	全く行っていない	1 (2.0)
	実施に向けて調整中	5 (10.0)
	限られた部門で実施	33 (66.0)
	施設全体で実施	11 (22.0)
●外来の実施場所		
	限られた部門で実施	29 (67.4)
	すべての外来部門で実施	14 (32.6)
●外来の実施タイミング		
	受診するたび	7 (16.3)
	初診時など決められた時点	28 (65.1)
	医療者の判断	4 (9.3)
	その他	4 (9.3)
●入院の実施場所		
	限られた部門で実施	22 (53.7)
	すべての外来部門で実施	19 (46.3)
●入院の実施タイミング		
	受診するたび	8 (20.0)
	初診時など決められた時点	28 (70.0)
	医療者の判断	4 (10.0)
	その他	0 (0.0)

【都道府県内の緩和ケアのPDCAサイクル確保について】		H27(n=50)
		n (%)
●取り組み状況(該当施設数)		
	都道府県内の協議会や部会等で検討する機会がある	35 (70.0)
	年間の目標設定や行動計画を作成し、翌年に目標達成状況の評価を行っている	22 (44.0)
	緩和ケアに関する共通の評価指標を設定し、モニタリングを行っている	5 (10.2)
	拠点病院間で緩和ケアに関する実地調査による評価を行っている	4 (8.2)
	研究班の調査研究等を活用し、緩和ケアに関する評価を行っている	4 (8.0)
	その他(相互実地研修、事例検討等の実施)	3 (6.1)

【都道府県内の緩和ケアのPDCAサイクル確保について】	H27(n=50)					
	そう 思わない	あまりそう 思わない	少し そう思う	そう思う	とても そう思う	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
●都道府県内のPDCAサイクルの妨げ						
	実務を担当する人員が不足している	0 (0.0)	2 (4.0)	9 (18.0)	28 (56.0)	11 (22.0)
	都道府県全体で意見集約することが難しい	0 (0.0)	7 (14.0)	13 (26.0)	19 (38.0)	11 (22.0)
	都道府県全体で検討する機会がない	3 (6.0)	15 (30.0)	12 (24.0)	15 (30.0)	5 (10.0)
	都道府県内でリーダーシップをとる人がいない	0 (0.0)	17 (34.0)	14 (28.0)	13 (26.0)	6 (12.0)
	知識がない	4 (8.0)	12 (24.0)	18 (36.0)	11 (22.0)	5 (10.0)
	方法を学ぶ機会がない	2 (4.0)	8 (16.0)	26 (52.0)	10 (20.0)	4 (8.0)

【地域の緩和ケアに関する連携について】	H27(n=50)					
	そう 思わない	あまりそう 思わない	少し そう思う	そう思う	とても そう思う	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	地域の他の職種の役割を把握している	1 (2.0)	7 (14.0)	10 (20.0)	28 (56.0)	4 (8.0)
	地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	2 (4.0)	5 (10.0)	11 (22.0)	31 (62.0)	1 (2.0)
	退院前カンファレンスなど病院と地域との連携がよい	0 (0.0)	7 (14.0)	16 (32.0)	25 (50.0)	2 (4.0)
	がん患者に関わることで、地域に相談できるネットワークがある	2 (4.0)	13 (26.0)	9 (18.0)	24 (48.0)	2 (4.0)
	地域のリソースが具体的に把握している	5 (10.0)	11 (22.0)	10 (20.0)	22 (44.0)	2 (4.0)
	地域の他の施設の医療福祉従事者と気軽にやりとりができる	0 (0.0)	7 (14.0)	23 (46.0)	16 (32.0)	4 (8.0)
	緩和ケアに関する地域内の連携がよくとれている	1 (2.0)	9 (18.0)	20 (40.0)	18 (36.0)	2 (4.0)
	地域の関係者の名前と顔・考え方を把握している	6 (12.0)	8 (16.0)	20 (40.0)	15 (30.0)	1 (2.0)

平成27年 第3回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 事前アンケート結果(2014.11実施)
 ジェネラルマネージャーについて 対象施設 51(都道府県拠点病院, 群馬・千葉), 回答者 ジェネラルマネージャー(GM)

【緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーについて】	H27(n=47)	
	n (%)	mean (±SD)
●配置状況 (N=50)		
担当者未定	3 (6.0)	-
担当者は決定しているが配置前	6 (12.0)	-
兼任または専任として配置済み	11 (22.0)	-
専従として配置済み	30 (60.0)	-
●GMの職務経験		
緩和ケアチームの専従看護師の経験がある	17 (36.2)	3.3 (±1.8)
緩和ケアチームの兼任または専任看護師の経験がある	12 (26.1)	4.8 (±3.8)
緩和ケア病棟の管理者の経験がある	10 (21.3)	4.0 (±2.7)
緩和ケア病棟のスタッフの経験がある	5 (10.6)	3.2 (±2.2)
緩和ケア病棟以外の部門の管理者の経験がある	43 (91.5)	9.0 (±6.5)
●GMとして担う役割		
組織づくり		
緩和ケアセンターのメンバー間の役割分担の明確化	41 (87.2)	-
メンバーとともに目標や目的の明確化	40 (85.1)	-
メンバー間の情報共有のためのカンファレンスの企画・運営	35 (74.5)	-
緩和ケアセンター整備のための準備委員会の立ち上げ	19 (40.4)	-
メンバーの選定と人員の確保	18 (38.3)	-
緩和ケアセンターを組織上の機能としての位置づけや規約の作成	17 (36.2)	-
センター設置場所の確保	15 (31.9)	-
院内関係部門との調整		
苦痛のスクリーニングの実施体制の構築	41 (87.2)	-
緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動	37 (78.7)	-
関係する外来や病棟との直接の交渉や調整	34 (72.3)	-
がん看護外来の設置や運営	34 (72.3)	-
院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営	32 (68.1)	-
外来や病棟看護師との看護カンファレンスの企画・運営	26 (55.3)	-
関係する診療科との直接の交渉や調整	24 (51.1)	-
病院長など病院執行部との直接の交渉や調整	22 (46.8)	-
地域との連携システムの構築		
地域の医療福祉従事者とのカンファレンスや研修等の企画・運営	26 (55.3)	-
緊急緩和ケア病床の確保や運営	23 (48.9)	-
緩和ケアセンター機能に関する地域の医療福祉従事者への周知活動	17 (36.2)	-
地域の患者や市民への緩和ケアに関する普及啓発・広報活動	15 (31.9)	-
地域の医療福祉従事者の相談窓口の設置や運営	12 (25.5)	-
緩和ケアに関する情報の収集・評価		
緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握	32 (68.1)	-
緩和ケアセンターの活動実績等の情報の集計	31 (66.0)	-
緩和ケアの提供体制に関する地域の現状把握	15 (31.9)	-
【困難なケースへの対応】		
緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応	25 (53.2)	-
●GMの役割を果たす上での妨げ(そう思う, とてもそう思うと回答した施設数)		
院内の緩和ケア提供体制について十分理解できていない	22 (47.8)	-
GMの役割が不明瞭である	21 (45.7)	-
GMの役割について、院内スタッフに周知することが難しい	18 (39.1)	-
自分自身の緩和ケアに関する知識・技術が不足している	15 (32.6)	-
院内スタッフの緩和ケアに関する知識・技術が不足している	14 (31.1)	-
GMの役割について、病院執行部の理解を得ることが難しい	12 (26.1)	-
緩和ケアセンターのメンバー間で役割分担が不明瞭である	9 (19.6)	-
緩和ケアセンターのメンバー間で協力体制がない	4 (8.7)	-

現時点で感じられている緩和ケアセンターの意義（記載があった施設のみ抜粋）		
秋田県	秋田大学医学部附属病院	センターとしての他診療科へのサポートを行うには限界があり、診療科を設けないと緊急緩和ケア病床があっても直接主治医にはなれない。まして新患者を単独で受け入れることはできない。
栃木県	栃木県立がんセンター	・病院全体で緩和ケアに取り組んでいるということの院内職員への意識付け並びに地域や患者へのPR・病院において管理的立場の医師がメンバーとして関わることによる
埼玉県	埼玉県立がんセンター	緩和ケアセンターは独立した立場であるのは形式上のことであり、実際は他部門の仕事を命じられるなど（例えば看護部から）、緩和ケアセンター充実のための十分な時間が与えられない。そのため、緩和ケアセンター設置の意義も不明瞭となることに繋が
東京都	東京都立駒込病院	複数の部署で行われていた緩和ケア業務を集約することによって、整理し、より効率的に実施し、客観的に評価できる。看護に関しては、看護＝緩和ケアといっても過言ではない昨今、相対的な教育が可能になることも大きな意義があると考えている。
神奈川県	神奈川県立がんセンター	スクリーニングに関する患者自身の言葉や反応から、早期からの緩和ケアが実施されていると患者自身が感じているとを感じる。その他、要件をみやすための検討が緩和ケアセンター内で実施され、目的達成に向けた活動を行っていると感じている。
新潟県	新潟県立がんセンター新潟病院	・これまでもがん看護専門看護師やがん性疼痛看護認定看護師は緩和ケアチームのメンバーではあったが、他にしなければならない仕事が多く、緩和ケア医が担当する患者に深く関わることができないことも多かった。 ・しかし、がん看護専門看護師1名とがん性疼痛看護認定看護師1名が緩和ケアセンター専従となったことで、緩和ケア医が担当する患者に関する情報共有や必要な医療・ケアの検討・提供・評価を一緒に行う場面が増え、チームとして患者に提供できる緩和ケアの質が向上しているように感じている。
富山県	富山県立中央病院	兼任ばかりで構成されている、現時点での緩和ケアチームがセンター化することでどれだけ充実したものになるのか？どうしたら充実させられるのか、具体的にイメージでき
福井県	福井県立病院	当該県での地域での緩和ケアを充実させ、地域住民へ切れ目のない緩和ケアを提供することを集約・調整する役割がセンターの意義と感じます。ただ意義センターとして切れ目のない緩和ケアは、各部署のコミュニケーションにより可能と考えるが、地域のニーズや集約には、現状の人員と予算では到底出来るとは思えない。
愛知県	愛知県がんセンター中央病院	意義はあると思うが、データ処理などをしてくれる人、患者対応する人などの少なさなどから、疲弊が強く、義務としか感じられない。
滋賀県	滋賀県立成人病センター	緩和ケアに関する部内の意思疎通をスムーズに行う事が出来る。
大阪府	大阪府立成人病センター	院内の緩和ケアに関する診療を多角的に充実させるとともに、院外の関連諸機関との連携を深めることにより、地域における有機的な緩和ケアの展開に役立っていると思います。とりわけ、緩和ケアに関する地域の施設との連携カンファレンスは、拠点病院にとっても、参加して下さる連携施設にとっても、有益であるとの声が集まっています。
奈良県	奈良県立医科大学附属病院	・がんなどの生命を脅かす病気をもつ患者・家族に対して、緩和ケアに関する専門的な知識・スキルをもつチームが主治医や担当する看護師と協働することで、患者・家族の苦痛を緩和しQOLの向上につながっている ・診療科の医師や病棟・外来看護師への緩和ケアに関するコンサルテーションや教育の機会を提供する行うことで緩和ケアの質の向上につながっている ・地域の医療機関や在宅診療スタッフへのコンサルテーションを通して、地域の緩和ケアの質の向上につながっている ・多忙な診療科や外来・病棟看護師が時間をかけてケアするのが困難なところをチームでフォローできる
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	早期からの緩和ケアを実現し、患者と家族のQOLを高めるという点でセンターの活動の意義は大きいと考える
広島県	広島大学病院	医療関係者の緩和ケアに関する認識を深め、多くのがん患者さんの苦痛がより適切に対応されること。緩和施設内の緩和ケアの質を向上させること。
高知県	高知大学医学部附属病院	緩和ケアを提供するだけでなく、その周辺状況の体制を整備する目的が明確になる意義があると思うが、現状としては緩和ケアチームと緩和ケアセンターがほぼ同一の人員で構成されており、そこまでの体制を取れない状況である。
福岡県	九州がんセンター	◆入院のみならず、外来患者へのケアも提供できる体制となること。◆緩和ケアに対する相談が幅広く出来る様になる。◆チーム医療を円滑に行うための提言ができる。◆地域の緩和ケアにおける格差を減らす一助となる。
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院	「緊急緩和ケア病床」の意義があるのか疑問である。→通常の緊急対応病床コントロールで対応可能である。
長崎県	長崎大学病院	緩和ケアに関する地域での窓口（患者、医師、多職種その他）
鹿児島県	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院	地域における緩和ケア提供体制の整備のために役割が發揮できる（困った時の窓口
沖縄県	琉球大学医学部附属病院	緩和ケアセンター設置前と設置後の変化があまり感じられない。他の施設ではどう変化したか、情報が欲しい。
NCC	国立がん研究センター東病院	.
オブザーバー	群馬大学医学部附属病院	専門的緩和ケアを提供する上で、組織における緩和ケア提供体制を整備する上では意義が大きいと思う。
オブザーバー	千葉県がんセンター	従来、院内で各々の組織によって運営されてきた緩和ケアを統一的な視点で運営することが可能となった。院内の他組織との交渉事が進めやすくなった。一方で組織の人員確保や、体制構築など緩和ケアの本筋とは違う部分での作業や苦勞が増加しており、本来の目的（＝緩和ケアの充実）に利しているのか疑問を感じることもある。
<都道府県の緩和ケア部会責任者>		
神奈川県	川崎市立井田病院	緊急緩和ケア病床を持つ事

苦痛のスクリーニングで工夫されていること（記載があった施設のみ抜粋）		
北海道	北海道がんセンター	スクリーニング結果により、早期に対応出来るよう病棟の緩和ケアリンクナースが結果を知る事ができるようにした。また、その後の経過を追ってもらおうとしている(症状緩和がなされているか)
青森県	青森県立中央病院	今年度より試行的にiPad、iPodtouchを用いて、スクリーニングを電子化している。その結果、リアルタイムにスクリーニングの結果が把握できるようになった。また、このデータを基に痛みで困っている患者リスト、眠れない患者リスト、気持ちがいらい患者リストを作成し、緩和ケアチームやリエゾンチームなど専門的なチームによる対応が行われている。
岩手県	岩手医科大学附属病院	◆スクリーニング(+)の患者をフォローアップできるよう、各病棟に1人、がん分野の専門・認定看護師を配置し、配置が困難な部署に関しては、緩和ケアセンター専従看護師が対応することとした。◆スクリーニング結果を統計的に把握できるように、電子カルテ担当者や相談・検討し、カルテ上で集計を行う方法にした。◆スクリーニングの体制について、医師・看護師・事務等、それぞれの職種で周知がはかれるように診療部長会議、看護師長会議などでプレゼンを行った。
宮城県	東北大学病院	◆時間、労力(人員)を要する患者側評価ではなく、医療者評価(STAS)を採用。◆紙媒体で試行しているが、効率が悪いため、IT化を準備中
宮城県	宮城県立がんセンター	◆県内で統一した苦痛のスクリーニングとなるよう、他施設(拠点病院点病院)とワーキンググループを設置し、会議や情報交換を行っている。また、自施設での実施に活用している。◆各部署の緩和ケアリンクナースの協力を得ながら実施している。
秋田県	秋田大学医学部附属病院	◆がん患者の抽出◆スクリーニングの結果を迅速に患者へ還元する◆外来スタッフと協同して行う(看護師、事務職員)
茨城県	茨城県立中央病院	「生活のしやすさに関する質問票」を利用し、スクリーニングをしています。可能な限り、からだの症状「2」以上、気持ちのつらさ「6」以上の患者様のベッドサイドに訪問するよう努力しています。短期入院患者や、外来患者のスクリーニング結果を看護に反映できておりません。どうしたらいいでしょうか。
栃木県	栃木県立がんセンター	患者の苦痛を適切にスクリーニングすると同時にスタッフの負担が重ならないよう、電子カルテの機能を活用するほか、医療事務の委託業者の方に一部業務を担ってもらっている。
東京都	東京都立駒込病院	◆患者が簡単に記載できるように簡易な質問票としている。◆看護師の業務負担の軽減のために、テンプレートを作成した。◆毎月の一次支援率をグラフ化し、リンクナース、看護師長、医科部長へ示している。◆リンクナース委員会を中心に、スクリーニングから始まる基本的緩和ケアの質の向上を考えている。◆年5回の緩和ケアアナーズ研修を行い、スクリーニングの意味を伝えている。
東京都	公益財団法人がん研究会 有明病棟	病棟、外来治療室では、苦痛スクリーニングを行っている。外来全体で苦痛スクリーニングを行うために、タブレット端末の導入にむけて準備を進めている。
神奈川県	神奈川県立がんセンター	◆緩和ケアリンクナース委員会や看護単位の所属長会議の中で課題となる意見をきき、緩和ケアセンター内での話し合いや、緩和ケアリンクナースらと話し合い、改善策を検討し、適宜運用フローを改訂している。◆定期的な病棟ラウンドを行い、課題となることをヒアリングしている。◆緩和ケアセンター看護師(看護外来担当者)が、院内の管理に関する研修で外来スクリーニングをテーマにして研修課題として取り組んだ。◆外来でのスクリーニングでの患者との面談は、徐々に外来看護師に協力を得られるよう、外来の緩和ケアリンクナースや看護科長と密に連携をとっている。
山梨県	山梨県立中央病院	◆訪問者(患者さん)の負担にならないよう、スクリーニングシートを簡潔にした。◆実施に先立ち、院内職員向けの説明会を行った他、機会があれば各科医師に再度説明・依頼をしている。◆施行開始半年後までに、スクリーニングシートの内容や、実施そのものについてアンケートを実施している。
長野県	信州大学医学部附属病院	◆病棟と通院治療室(外来)の患者に絞って対応している。◆患者、家族と医療者間のコミュニケーションツールとして活用している。
富山県	富山県立中央病院	特に外来部門では、極力時間がかからないよう簡便かつ、見落としのないようスクリーニングできるような内容を検討し、適宜、改善していききたい。
福井県	福井県立病院	現在、電子カルテの更新にあたり、苦痛のスクリーニング票がテンプレートとして添付させ、電子化を利用した効率化を予定している。
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院	スクリーニングにより、苦痛緩和が必要な患者に対する対応のフロー図を作成し、対応を検討している。
愛知県	愛知県がんセンター中央病院	実施可能なところから、実施可能な方法を探しながら、試行を重ねて実施している。
滋賀県	滋賀県立成人病センター	電子カルテ上で集計出来ないため、集計分析専門の事務員を雇った。
大阪府	大阪府立成人病センター	「生活のしやすさに関する質問票」はよくまとまっていますが、分量として外来および入院の多数の患者に実施臨床で用いるには、評価判断するスタッフの負担が大きいため、当施設ではごく少数(選択式4問)に絞り込んだ苦痛のスクリーニングを作成し、実施しています。(身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、緩和ケアスタッフへの相談希望の有無)これによって、忙しい日常臨床で過度な負担を生じることなくスクリーニングが実行可能となり、必要な場合に緩和ケアの介入につなげるだけの余力が生じていると考えています。外来では、スクリーニング結果を受けて外来初診で主治医が判断し、必要なら緩和ケアセンター看護師に連絡して、がん看護外来の枠組みで看護相談を行っています。そこから、必要に応じてさらに各部署でのサポートにつなげる体制です。
兵庫県	兵庫県立がんセンター	がん告知までにつらさを拾い、または小さくなるよう予防的介入が有用。という結果を得られたので、外来Nsの負担にならないような範囲で初診前面談をしています。
奈良県	奈良県立医科大学附属病院	・がん患者の多い2病棟で試験的な導入を経て、実施後の意見を加味しながら段階的に進めた ・緩和ケアリンクナースを活用して各所属への周知や導入を促した ・スクリーニングの項目はできるだけ最小限にして患者さんの負担を軽減した ・現在紙媒体の運用となっているが、スクリーニング用紙やマニュアルのデータを電子カルテに入れて、日常の業務の中で活用しやすくした ・スクリーニング用の用紙の専用ファイルを作成し所属間で保管方法を統一した
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院	がん関連の認定や、専門看護師が所属、もしくは相談できる体制を整えた部署で行っている。
岡山県	岡山大学病院	◆リンクナースを活用し、がん診療にあたる部署へ広めている。◆スクリーニングシート作成し、エクセルで集計できるようにしている。
広島県	広島大学病院	すべての人がスクリーニングを必要とするわけではなく、症状を訴えたい、問題を伝えたいと感じるかたに答えてもらいやすいよう、患者さんが自分で手に取って持ち帰れるような場所に配置している。回収も患者さんが意見を出したいときに投函してもらう仕組みにした。
愛媛県	四国がんセンター	質問の内容を簡略化するために必要最低限のものとした。
高知県	高知大学医学部附属病院	・外来部門では業務にできるだけ支障をきたさないよう、また外来スタッフが少しでも抵抗感がなくスクリーニングが導入できるように、運用開始時は緩和ケアセンター看護師がスクリーニング担当を行った。 ・運用を進めると、外来スタッフとコミュニケーションを密にし、患者対応で良かったことなどフィードバックを行い連携を深めた。これにより、すすんでスクリーニングを実施したり、気になる患者へアプローチができるなど外来看護の質が高まったと感じている。 ・病棟運用時は、1回/週 カンファレンスを行いスクリーニングで困ったことがないかなど情報共有を図り、問題があればすぐに対応を促している。
福岡県	九州がんセンター	◆緩和ケアセンター看護師が各々、外来・病棟を担当し、タイムリーに相談を受ける様になっている。◆外来での苦痛スクリーニングの結果を看護外来に連携し、CNやONSが対応している。◆入院時のスクリーニングでは、病棟看護師が問診し、緩和ケアチームへの依頼を検討している。
長崎県	長崎大学病院	◆病棟外来スタッフの教育を緩和ケアカンファレンスで行っている。◆スクリーニングを全てGMが確認するシステムとした。更に部署スタッフも閲覧できるようにし、リンクナースを中心に部署毎のスクリーニング強化を行っている
熊本県	熊本大学医学部附属病院	非がん患者でも使えるスクリーニングシートの運用。
大分県	大分大学医学部附属病院	各部署のスクリーニング手順を具体的に決め、軌道にのるまで緩和ケアチームがサポートしている。スクリーニング開始にあたり各診療科、各部署の看護師へ説明して開始している。
鹿児島県	鹿児島大学医学部・歯学部附属病棟	本年7月から実施したため、とにかく定着するようにスタッフ(診療科)へ声をかけている事(頑張っていることを承認する、結果を返す)
沖縄県	琉球大学医学部附属病院	電子カルテ上にテンプレート化して簡便に入力できるよう工夫。実際入力する看護師対象に苦痛のスクリーニングの目的と意義に関するレクチャーを複数回行っている。
NCC	国立がん研究センター東病院	人的な負担が大きくなりがちなことから、電子カルテと接続した入力用システムを作り、その実施可能性を検討・評価中である。
オプザーバー	群馬大学医学部附属病院	スクリーニングシート、フローを作成し、外来では初回化学療法導入の患者に。入院患者は入院センターを通る消化器外科・呼吸器内科の患者に対して、アナムネ聴取時と入院時に確認している。スクリーニング該当者に対して、必要時、ラウドを行い、継続フォローや専門の継続ができるようにしている。◆スクリーニングの結果をバックアップしたならば、必ず対応できるように対応部署、対応方法などのフローを決めている。◆後で実施状況の把握や統計などに利用できるように電子カルテ上で管理できるようにしている。
オプザーバー	千葉県がんセンター	◆スクリーニングの結果をバックアップしたならば、必ず対応できるようにしている。◆がん患者指導管理(薬剤指導や、精神的支援など)と連携している。◆入院>主治医の治療方針を確認するようにしている。◆病状の程度によっては、直接面談せず、病棟看護師から情報を得るようにしている。◆初回評価のときは、病棟看護師にベッドサイドでスクリーニング評価を行って良い状態か確認してから訪室している。◆初回評価、再評価のどちらかは火曜日、木曜日の多職種で検討できるようにしている。
<都道府県の緩和ケア部会責任者>		
茨城県	筑波メディカルセンター病院	実施に伴う負担を考慮し、化学療法中の患者を対象としている。
群馬県	国立病院機構西群馬病院	◆がん以外の患者や、がん疑いの患者もいるため、がん告知の面談時に同席した専門・認定看護師がスクリーニングを行い、その後のサポートや必要時専門チームへつなげている。◆スクリーニングシートを記入出来ない患者には、専門・認定看護師が患者に確認をしながらか記入し、アセスメントしている。
神奈川県	川崎市立井田病院	外来は、外科学療法センターの患者にスクリーニングを行っている。
新潟県	新潟市民病院	<外来>◆スコア2以上の場合、薬剤師や主治医とその日のうちに対策を相談し、迅速に対応できるようにしている(外来の場合はその日に対応しないと次の外来まで患者さんが苦しいままになってしまうため)◆症状マネジメントの方針を、他職種で検討し、連携できるように心掛けている(医師、薬剤師、看護師)。◆処方が必要な場合は、なるべく主治医に直接会って相談するようにしている(その方が電話よりも円滑かつ迅速に症状マネジメントが出来る事が多いから)◆スコア2以上の症状は、継続的に評価するようにしている。◆がん患者指導管理(薬剤指導や、精神的支援など)と連携している。◆入院>主治医の治療方針を確認するようにしている。◆病状の程度によっては、直接面談せず、病棟看護師から情報を得るようにしている。◆初回評価のときは、病棟看護師にベッドサイドでスクリーニング評価を行って良い状態か確認してから訪室している。◆初回評価、再評価のどちらかは火曜日、木曜日の多職種で検討できるようにしている。

都道府県内のPDCAサイクル確保で工夫されていること（記載があった施設のみ抜粋）		
青森県	青森県立中央病院	スクリーニングについては、施設によりタイミングや頻度、内容、スクリーニング後の対応等が異なり、県内で統一することは難しい。しかし、青森県内のがん診療連携拠点病院等が参加する緩和ケア部会において、PDCAを実施するには統一指標が必要であることから、各病院が実施しているスクリーニング項目に「痛みで困っていることはありませんか？」を追加することとした。
秋田県	秋田大学医学部附属病院	施設によって、問題意識のレベルが大きすぎる。また緩和ケアの専門性についても専従担当者との専門性や活動内容の差が大きすぎる
山形県	山形県立中央病院	現在、研修会についての意見交換は行っているが、その会議を活用し考えていかなければならないが実際難しい
東京都	東京都立駒込病院	東京都は病院数が多く、各病院間での連絡調整、方針決定のプロセスの企画実施が大変な業務量となっている。多様な課題を集約し、短時間で検討する工夫が必要で努力している。
神奈川県	神奈川県立がんセンター	◆緩和ケア部会の中で、課題別にワーキンググループを組織化し、状況把握や課題解決のエッセンスの共有を目指し活動している。◆都道府県のPDCAサイクルについては、緩和ケア部会長を中心に推進中。◆緩和ケア部会には、都道府県拠点病院からは緩和ケアセンター長、緩和ケア内科部長、ジェネラルマネージャーが出席し、県レベルのことは管理的な立場の者が担い、緩和ケアチーム専従看護師やがん看護外来専従看護師の中心的な役割とせず、役割分担している。
山梨県	山梨県立中央病院	年数回、各拠点病院の緩和ケア代表者が集まり、各病院の活動状況を報告、共有している。
長野県	信州大学医学部附属病院	県内関係者を対象とする緩和ケア研究会を開催することが、PDCAサイクルの確保につながっている。
富山県	富山県立中央病院	これから始める段階です。
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院	当県の緩和ケア専門部会は1回／年であったが、年度の取り組みに対する評価も必要であり2回／年に増やしたことで、年度内の取り組みを評価できるようになった。同時に課題を検討する時間を得られた。まずは、課題を抽出し優先すべき内容について取り組み、緩和ケア専門部会で集約し、情報の共有や修正に努めている。
愛知県	愛知県がんセンター中央病院	緩和ケア部会内に、ワーキンググループを作って現在検討中。
大阪府	大阪府立成人病センター	都道府県内のPDCAサイクル確保は、まだ十分にできていないと感じています。
奈良県	奈良県立医科大学附属病院	PDCAサイクル評価委員による実地調査の実施
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	具体的な評価指標や手法について、情報が乏しく苦慮している。他施設の状況を参考にしたい。
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院	がん診療連携協議会でPDCAサイクルを回すのは困難なので、今年度から作業部会を作り、今後は緩和ケア部会が中心となってPDCAサイクル確保を行っていく予定です。
広島県	広島大学病院	まずは、他の施設の状態を把握するため、協議会でアンケート調査を行った。その上で、他の施設の工夫などを共有できるよう資料を作成し、意見交換できる場を設定した。しかし、たいがい人材がいない、スクリーニングをまともにやって負担ばかりになっているなど難問で困っていることばかり話がなされ、なかなか有効な策が得られていない。
愛媛県	四国がんセンター	◆H26年度は、拠点病院間の相互訪問調査を行い、緩和ケア担当者から病院幹部が直接意見を収集、交換する機会を持った。記録等も確認した。◆H27年度は、水流班の（標準）評価指標を使用して評価する。また、専門部会で意見交換や緩和ケアの対応状況を共有する。
福岡県	九州大学病院	
福岡県	九州がんセンター	がん診療連携協議会 緩和ケア部会において、拠点病院のあるべき姿や、目標について検討し、ワーキンググループ編成を検討している。
長崎県	長崎大学病院	都道府県内で関係者が集まり、話し合っている
鹿児島県	鹿児島大学医学部・歯学部	県内で緩和ケア部門会を設置し、グループごとに活動している
オプザーバー	千葉県がんセンター	県内の施設間で、緩和ケアの達成度などの差が大きく、共有できる目標設定をするようにはしているが、適当な目標が定めにくく、苦勞をしている。

＜都道府県の緩和ケア部会責任者＞

新潟県	新潟市民病院	緩和ケアの質を評価することが出来ていないことが最大の問題。何らかの代理マーカーを見つけ出す迄は、サイクルを回しようがない。
-----	--------	---

地域の緩和ケアの連携で工夫されていること（記載があった施設のみ抜粋）		
北海道	北海道がんセンター	緩和ケアパスの作成、運用、改訂へ。
青森県	青森県立中央病院	在宅緩和ケアマップを関係職能団体の協力を得て、年2回発行している。マップには、訪問診療を行っている医療機関、バックベッドになりうる病院、訪問歯科を実施している歯科医療機関、訪問薬剤を実施している保険薬局、がん患者の訪問看護を実施している訪問看護ステーション、がん患者の訪問リハビリテーションを実施している訪問リハビリテーション実施機関を掲載している。また、年2回の地域緩和ケア症例検討会、緩和ケア研修会や各種研修会等の開催案内を発行し、顔の見える関係づくりに努めている。
岩手県	岩手医科大学附属病院	◆相談窓口を明確にする。◆在宅スタッフと細やかな情報の共有を行い、体調不良の場合は断らず受け入れる。◆地域の多職種スタッフと会う機会を利用し、顔の見える関係作りを行う。
宮城県	宮城県立がんセンター	◆地域の医療、福祉関係と顔の見える連携を図るため下記を実施している。1) 県民公開講座の開催 2) 退院前カンファレンスの開催 3) 緩和ケア研修会の実施の受け入れ 4) 症例検討会の実施
秋田県	秋田大学医学部附属病院	秋田では急性期病院が大を占めており、慢性期病院が少ない。開業医の関与も少ないので、急性期病院で完結している事が多い。在宅に関しては、ケアマネージャーと施設と連携し、看取りについては患者の希望によってホスピスと連携している。
栃木県	栃木県立がんセンター	地域の緩和ケアのカンファレンスに関して、個々のメンバーだけでなく医師会や看護協会、職能団体（訪問看護師やケアマネージャーの協会等）、行政機関（県、市）と連携をとりつつ開催に向け準備を行っている。
東京都	公益財団法人がん研究会 有明病院	◆「がん研キャンサーねっと」というシステムを用いて、当院カルテ情報を登録機関と共有することで、患者・家族に安心感をもってもらうようにしている。◆地域の緩和ケア情報の更新に努めている。
神奈川県	神奈川県立がんセンター	◆地域の連携病院を招いての研修◆地域の訪問看護ステーションのニーズを知り、研修を実施◆地域の連携病院のニーズを聞き取り、出張で研修を実施◆地域の在宅診療所との電子カルテ情報の共有
山梨県	山梨県立中央病院	◆院内の各種勉強会の案内を、院外の関係機関に郵送している。実際に参加しているDr.、Ns.とは顔の見える関係づくりにつながっている。◆当院主催の在宅緩和ケアカンファレンスを定期的に開催。コアメンバー十毎異なるゲスト（多職種）をあわせて10名程度の少ない人数で行い、「連携上の細かな問題点」などを話し合っている。
新潟県	新潟県立がんセンター新潟病院	他のがん診療連携拠点病院・在宅ケア医と協力し、持ち回り、隔月で地域の緩和ケアに携わる多職種が集まり話し合う場を提供している。
長野県	信州大学医学部附属病院	松本市医師会と連携し、地域の在宅医と交流したり、講演会やパネルディスカッションを企画している。
富山県	富山県立中央病院	今のところは年2回の開催ではあるが、在宅緩和ケア懇話会を開いて事例検討、ミニレクチャー、グループ討論などを行って、顔の見える関係作りをしているが、これを更に発展させたい。
福井県	福井県立病院	福井県緩和医療研究会が存在し、各がん拠点病院緩和ケアチーム・緩和ケア病棟、地域病院の医師看護師、調剤薬局、在宅医、訪問看護ステーション、PT、OT、管理栄養士、ソーシャルワーカーなどが参加して、研究会や講演会、公開講座を開催し、顔の見える関係作りをはかり、連携をとっている。
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院	院内では、退院調整看護師と連携して地域連携に取り組み、緩和ケアチームのみでは対応できない地域の状況を加味し対応でき
静岡県	静岡がんセンター	◆地域医療従事者と、意見交換の場を作り、緩和ケアの地域連携パスを作成・運用を始めている。◆顔の見える関係作りを意識して、定期的に会議、意見交換会、事例検討会の機会を設けている（これまでは病院長も参加していた）
愛知県	愛知県がんセンター中央病院	当院は県を越えた遠方の連携が多いが、隣接している区内であれば、こちらからも出向いて先方のカンファレンスなどに参加する
滋賀県	滋賀県立成人病センター	地域の医療機関のスタッフ向けの勉強会を定期的に開催している。
大阪府	大阪府立成人病センター	地域の緩和ケア病棟と月1回行っている緩和ケア連携カンファレンスでは、連携にかかわる症例を毎回とりあげて紹介し、討論している。これに要する準備の労力は大きい。地域の連携施設が集まって症例を振り返ることで、互いの施設だけからは見えてこない患者さんの診療の流れが把握でき、「顔の見える関係」が深まって、日常の連携がより円滑になっている。
兵庫県	兵庫県立がんセンター	コミュニケーション、知識の共有、臨床への応用の3ステップでスモールサイズで地域医療者と勉強会をしています。
奈良県	奈良県立医科大学附属病院	・月1回主に連携する医療圏にある医療機関、在宅診療所、訪問看護ステーションとの連携カンファレンスを開催し、共有した事例について検討を行っている ・週1回開催している院内での緩和ケアチームによる多職種カンファレンスに地域の医療機関や在宅診療所のスタッフに参加をよかけなど会う機会を設け顔の見える関係をつくる ・地域の医療機関の緩和ケアチームと互いの施設見学などの交流会をもつ ・地域の医療機関や在宅診療所、訪問看護ステーションが参加する緩和ケアに関する研修会の実施
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	訪問看護ステーション、病棟、緩和ケアセンターそれぞれのスタッフが参加し、退院前カンファレンスを実施している。 退院1週間を目途に地域の訪問看護ステーションと連絡をとっている。
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院	隣接する地域の基幹病院、緩和ケア病棟、在宅医、薬局、訪問看護などの従事者が顔の見える関係を作るため、研究会を組織して定期的に開催している。
岡山県	岡山大学病院	◆地域が広い為、どのように連携をとっていくか検討中◆退院前カンファレンスには出席するようにして、顔の見える連携を作るように努めている。◆野の花プロジェクト（県内の緩和ケア普及事業）の会議を行い、緩和ケア病棟医、訪問医などと情報交換に努めている。
広島県	広島大学病院	地域の在宅療養を担う医療機関に訪問し、どんなニーズがあるかをFace To Faceで確認し、必要時に連絡をとりやすくする工夫を行っている。
香川県	香川大学医学部附属病院	2ヶ月に1回緩和ケア研究会を行っており、顔の見える関係を築いている。そのためタイムリーに電話等で相談ができています。
愛媛県	四国がんセンター	◆地域で開催されている在宅緩和ケアに関する検討会への参加◆既に医師会中心に緩和ケアのネットワークが構築されており、当院としては必要な機能を利用している（医師会のネットワーク構築に当院が積極的に貢献した経緯があり、現在は医師会中心で運用されている）
高知県	高知大学医学部附属病院	・研修会等を通じて、各機関の緩和ケアの窓口担当者を顔の見える関係を構築している ・ホスピス等については、見学を通じて具体的な情報が提供できるようにしている ・緩和ケアへの移行を支援した方について、その後のフィードバックをもらえるように、連携先に声かけをしている ・外来患者で在宅療養に訪問看護サービスを導入する際に、地域の介護職が希望する情報を網羅する「在宅緩和ケアシート」の運用を開始した。 ・看護学生や地域で活動している看護師および訪問看護事業所のスタッフに対する講義や実習等で、当院の緩和ケアチームを紹介し、連携しやすいうように周知度を高めている。 ・患者の状態や希望に添った支援を目指して、専門看護師・認定看護師と協働しながら退院支援を行うように努めている。
福岡県	九州がんセンター	◆退院前カンファレンスなどに積極的に参加し、地域スタッフとコミュニケーションを取っている。◆地域との交流会に積極的に参加している。
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院	「在宅ネット・さが」を立ち上げ、在宅医療・緩和ケア等に関心のある人々が既成の枠組みを超えて集まり、情報の共有化を計っている。
長崎県	長崎大学病院	◆地域医療者とのカンファレンス（顔の見える連携）◆退院カンファ ◆研究会の実施 ◆学生教育（在宅・ホスピス連携）
熊本県	熊本大学医学部附属病院	顔を合わせる機会を増やす事。
沖縄県	琉球大学医学部附属病院	緩和ケアセンター連絡会議を開催し、地域連携部門との連携に関して、検討調整している段階です（月1回のミーティングカンファ
NCC	国立がん研究センター東病院	.
オブザーバー	群馬大学医学部附属病院	退院調整部門と連携をはかり、情報提供、共有や、必要時電話連絡等で誰がどのようなことを担当しているかが分かる連携を心
オブザーバー	千葉県がんセンター	連携後の連絡も密に取るようにしている。連携した患者が再来する場合には、直接スタッフが会って、在宅での様子など確認する
<都道府県の緩和ケア部会責任者>		
群馬県	国立病院機構西群馬病院	「在宅緩和ケア洪川」のネットワークを構築して、その事務局を当院相談室が担っている。
神奈川県	川崎市立井田病院	緩和ケアの患者は病状が進行すると、不安定な病状になるので退院は難しくなる。
新潟県	新潟市民病院	顔が見えるリアルな会に出来るだけ参加する。そのような会を行うときは、双方向性を保てるようなものにする。（ケアカフェ方式、スモールグループディスカッションなど）