

- ンポジウム 36 あとどの位ですか？と聞かれたら：どのように予後を予測し、どのように話し合うか SY36-1 生命予後予測指標の比較に関する世界最大規模のコホート研究：ProVal-study. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
60. 岸野恵, 木澤義之, 森田達也, 他. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
61. 木内大佑, 森田達也, 他. 難治性せん妄に対するクロルプロマジン持続皮下注射の有効性と安全性についての前後比較研究. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
62. 的場康徳, 森田達也, 他. 医師に対するスピリチュアルケア研修の評価：前後比較試験. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
63. 白土明美, 森田達也, 他. Advanced care planning に関する進行がん患者の希望. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
64. 岩淵正博, 森田達也, 木下寛也, 他. 終末期医療に関する意思決定者の違いの関連要因と受ける医療や Quality of Life への影響. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
65. 笹尾佐喜美, 森田達也, 他. がん終末期患者の看取り場所並びに自宅で過ごせた割合に影響する訪問看護ステーションの背景因子. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
66. 村上望, 森田達也, 他. 在宅緩和ケアを受けた患者の予後の比較調査～本当に「病院にいた方が長生きする」のか～. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
67. 村上望, 森田達也, 他. 在宅緩和ケアに関する地域連携パスの開発・運用と評価：実現可能性の調査研究. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
68. 高島留美, 森田達也, 他. 訪問看護師からみた病院緩和ケア認定看護師との同行訪問の有用性. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
69. 森田達也, 他. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
70. 上元洵子, 松本禎久, 木澤義之, 森田達也, 他. 若手医師の緩和研修に対するニーズには、何が影響するか：緩和ケア医を志す若手医師が感じる研修・自己研鑽のニーズと改善策に関する全国調査から. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
71. 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
72. 佐藤一樹, 森田達也, 木下寛也, 他. 遺族の評価による終末期ケアの質評価尺度 Care Evaluation Scale と終末期患者の QOL 評価尺度 Good Death Inventory の非がん患者での信頼性・妥当性の検証. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
73. 佐藤一樹, 森田達也, 木下寛也, 他. 遺族による終末期患者の介護体験の評価尺度 Caregiving Consequence Inventory の改訂と非がん患者遺族での信頼性・妥当性の検証. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
74. 小川朝生, 木下寛也, 森田達也, 他. Edmonton Symptom Assessment System revised 日本語版 (ESAS-r-J) の開発. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
75. 今井堅吾, 森田達也, 他. 脊髄麻痺に伴う麻痺性イレウスの苦痛症状に対しエリスロマイシンが有用であった 3 例. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
76. 松尾直樹, 松本禎久, 森田達也, 他. 終末期癌患者の倦怠感・食欲不振に対するコルチコステロイドの有効性の予測因子：多施設観察的研究 (J-FIND3) . 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
77. 松尾直樹, 松本禎久, 森田達也, 他. 終末期癌患者のコルチコステロイド開始後のせん妄発症の予測因子：多施設観察的研究 (J-FIND3) . 第 20 回日本緩和

- 医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
78. 小田切拓也, 森田達也, 他. 進行がん患者の感染症に対する抗菌薬治療効果の予測因子を探索する後ろ向き観察研究. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
79. 馬場美華, 松本禎久, 森田達也, 他. 進行がん患者における生命予後の予測指針についての多施設前向きコホート研究: PaP score, D-PaP score, PPI, modified PiPS model の比較-J ProVal Study. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
80. 大道雅英, 森田達也, 他. 進行癌患者における生物学的予後スコア第3版の開発と予測精度の前向き検証—Palliative Prognostic Index との比較—. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
81. 池永昌之, 森田達也, 他. 苦痛緩和のための鎮静に関する家族への説明: ケアについての検討. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
82. 小田切拓也, 森田達也, 松本禎久, 他. 腫瘍熱と感染を鑑別する因子を探索する多施設コホート研究: J-FIND4. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
83. 田中優子, 松本禎久, 清水研, 森田達也, 木下寛也, 他. 専門的緩和ケアサービスが進行肺がん患者との面接に要した時間～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムの実施可能性試験から～. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
84. 小林直子, 松本禎久, 清水研, 森田達也, 木下寛也, 他. 化学療法を受ける進行肺がん患者が抱える問題～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムに関する実施可能性試験から～. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
85. 中澤葉宇子, 森田達也, 木澤義之, 他. 緩和ケア施策の達成度を評価するための指標の開発に関する研究. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
86. 森田達也. 学術セミナー8 症状評価の重要性を示す臨床試験と最近国内で使用できるようになった症状評価尺度: 今何を使うべきか? 第53回日本癌治療学会学術集会. 2015. 10, 京都
87. 森田達也. 基調講演 がん緩和ケアの将来展望—さらなる個別化に向けて. 第53回日本癌治療学会学術集会. 2015. 10, 京都
88. 大谷弘行: 闘う意向実態: 進行がん患者の、標準的がん治療の継続が難しくなった場合のがん治療の意向の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査 (1) ～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
89. 大谷弘行: 治療継続背景探索: 進行がん患者は、果たして化学療法の目的を正しく認識しているか?～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査(2)～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
90. 大谷弘行: 治療継続背景探索: 多くの進行がん患者が、自身を進行がんと実感できない要因は? PS の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査 (3) ～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
91. 大谷弘行: 患者支援の留意点: 進行がん患者の価値観とコーピングの多様性の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査 (4) ～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
92. 大谷弘行: 患者支援の留意点: 進行がん患者の意思表示困難時の前もったケア計画の表明の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査 (5) ～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
93. 大谷弘行: 患者支援の実践: 意思決定支援のための『入院時毎の間診票』と『患者家族教室』の影響か?～最後のがん専門病院入院から緩和ケア専門病棟転院までの日数の有意な短縮～

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許の取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

特になし。

## Ⅱ. 分担研究報告書

分担研究報告書

看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムの無作為化比較試験に関する研究

研究分担者：松本 禎久  
清水 研  
里見絵理子

国立がん研究センター東病院 緩和医療科  
国立がん研究センター中央病院 精神腫瘍科  
国立がん研究センター中央病院 緩和医療科

### 研究要旨

多くのがん患者は多様な苦痛や悩みを有しており、がんと診断された時からの緩和ケアや苦痛のスクリーニングが勧められているが、スクリーニング自体の効果やスクリーニング後の介入の効果については、世界的にエビデンスは拮抗し、結論は出ていない。

本研究では、わが国で実施可能と考えられるスクリーニングを組み合わせさせた看護師主導による治療早期からの専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムを作成し、その臨床的有用性を標準治療である通常ケアとの無作為化比較試験にて検証することを目的とする。今後、研究倫理審査委員会の承認を得た上で、無作為化比較試験を実施する予定である。

### A. 研究目的

多くのがん患者は多様な苦痛や悩みを有しており、わが国ではがん対策推進基本計画等により、がんと診断された時からの緩和ケアや苦痛のスクリーニングが勧められている。しかし、スクリーニング自体の効果やスクリーニング後の介入の効果については、世界的にエビデンスは拮抗し、結論は出ていない。また、早期からの専門的緩和ケアの提供に関しても、効果および提供体制・方法については未だ確立しておらず、同様のモデルを再現するには問題が多く存在する。

本研究では、すでに我々が完遂した実施可能性試験の結果をふまえて、わが国で実施可能と考えられるスクリーニングを組み合わせさせた看護師主導による治療早期からの専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムを作成し、その臨床的有用性を標準治療である通常ケアとの無作為化比較試験にて検証することを目的とする。

### B. 研究方法

進行肺がん（非小細胞肺がん IV 期または小細胞肺がん進展型）と診断され、初回化学療法を受ける 20 歳以上の患者を対象とし、呼吸器内科担当医および病棟・外来看護師が提供する緩和ケアを行う対照群（通常ケア群）と常のケアに加えて、スクリーニングを組み合わせさせた看護師主導による専門的緩和ケア介入プログラムを実施する介入群（早期緩和ケア群）の 2 群に群分けを行う。介入群では、看護師のトリアージにより他の専門職の介入を行う。

ベースライン、3 カ月後、5 カ月後に、自己記入式評価指標によって、患者の quality of life や精神心理的苦痛などを評価する。また、研究終了後には同意が得られた患者へのインタビュー調査も行う。また、介入した職種の実際の介入内容や患者の診療に要した時間などを評価する。

(倫理面への配慮)

本試験に関係するすべての研究者はヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に従って本研究を実施する。

個人情報および診療情報などのプライバシーに関する情報は、個人の人格尊重の理念の下厳重に保護され慎重に取り扱われるべきものと認識して必要な管理対策を講じ、プライバシー保護に務める。

### C. 研究結果

本年度は、各専門職種の見込書の作成に重点を置いた。また、研究実施計画書が完成した。

### D. 考察

平成28年度より、研究倫理審査委員会の承認を得た上で、無作為化比較試験を開始する予定である。

本研究が完遂し結果が解析されることにより、わが国における看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムの提供体制が確立すると考えられる。

### E. 結論

平成28年度より、無作為化比較試験を開始する予定である。

### F. 健康危険情報

なし。

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. Baba M, Morita T, Matsumoto Y, Otani H, Kinoshita H, et al. Survival prediction for advanced cancer patients in the real world: A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score,

Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. *Eur J Cancer*. 51:1618-29, 2015.

2. Hamano J, Morita T, Matsumoto Y, Otani H, Kinoshita H, et al. Surprise Questions for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Oncologist*. 20:839-44, 2015.
3. Miura T, Matsumoto Y, Morita T, Kinoshita H, et al. Glasgow prognostic score predicts prognosis for cancer patients in palliative settings: a subanalysis of the Japan-prognostic assessment tools validation (J-ProVal) study. *Support Care Cancer*. 23:3149-56, 2015.
4. Igarashi T, Matsumoto Y, Kinoshita H, et al. Oxycodone frequently induced nausea and vomiting in oxycodone-naïve patients with hepatic dysfunction. *J Palliat Med*. 18:399, 2015.
5. 松本禎久: FAST FACT(第6回)ミオクロノス. *緩和ケア* 2015; 25: 513
6. 松本禎久: 精神的苦痛・いわゆるスピリチュアルペインによる「身の置き所のなさ」に対する鎮静の是非. *緩和ケア* 2015; 25: 120-123
7. 松本禎久: オピオイドによる副作用か否かの見極めと発現時の対応 眠気・せん妄. *薬局* 2015; 66: 1982-1987
8. 松本禎久: 内服できなくなった時の経口抗てんかん薬. *緩和ケア* 2015; 25 Suppl :22-25
9. 沖崎歩, 松本禎久, 木下 寛也, 他. 緩和ケア外来受診がん患者の抱える薬物治療の問題点と薬剤師の役割. *日本緩和医療薬学雑誌* 2015; 8: 39-45
10. 松本禎久. 高度認知症における痛みと痛みのコントロール: 武田雅俊監修、小川朝生・篠崎和弘編. *認知症の緩和ケア*. 東京: 新興医学出版社. 2015, 140-191.
11. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T,

- Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y : Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol.* 45: 456-63, 2015
12. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Miura M, Shimizu K, Uchitomi Y : Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psychooncology.* 2015
13. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E : The Association between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *J pain Symptom Manage.* 2015
14. Akizuki N, Shimizu K, Asai M, Nakano T, Okusaka T, Shimada K, Inoguchi H, Inagaki M, Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. : Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol.* 2015
15. 清水研 がん患者のケアに生かす心的外傷後成長の視点. *心身医学* 55 p399-404 2015
16. 清水研 内服できず、予後が週～短い月の単位と考えられる場合のうつ病. *青海社* 25 p115-119 2015
17. 清水研 がん医療・緩和医療におけるうつ病患者への薬物療法の実際. *Depression Strategy うつ病治療の新たなストラテジー* 5 p14-16 2015
18. 清水研 がんサバイバーシップ-精神腫瘍科の立場から - *Monthly Book MEDICAL REHABILITATION No191* p7-11 2015
19. 里見絵理子 : 内服・貼付剤で行うがん性痛管理 - がん性痛の薬物療法: オピオイドを中心に - *ペインクリニック* 36 p 425-434 2015
20. 里見絵理子 : コルチコステロイド投与の実際-悪性消化管閉塞に対する薬物療法のコントラバーシー- *緩和ケア* 25 p 395-397 2015
21. 里見絵理子, 木内大佑, 西島薫 : がんに伴う症状の緩和 *レジデント* 8 p62-68 2015
22. 里見絵理子, 西島薫, 木内大佑 : がん疼痛緩和薬 (フェンタニル速放性製剤) 関節外科-基礎と臨床-別刷 p 211-217 2015
2. 学会発表
1. Matsumoto Y, Kinoshita H, Morita T, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Lung Cancer Receiving Chemotherapy: A Feasibility Study of a Nurse-led Screening Program. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, Copenhagen, 2015 May (口演)
2. Miura T, Matsumoto Y, Morita T, et al. Glasgow Prognostic Score Predicts Prognosis for Cancer Patients in Palliative Settings - A Subanalysis of the Japan-Prognostic Assessment Tools Validation (J-ProVal) Study. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, Copenhagen, 2015 May (口演)
3. Tagami K, Matsumoto Y, Kinoshita H, et al. Predictors for the Efficacy of Lidocaine in Advanced Cancer Patients with Refractory Abdominal Pain. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, Copenhagen, 2015 May (ポスター)
4. Abe K, Matsumoto Y, Kinoshita H, et al. Impact of a Palliative Care Consultation Team on Medication Changes before Palliative Care Unit Admission in a Japanese Comprehensive Cancer Center. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, Copenhagen, 2015 May (ポスター)
5. 松本禎久. 早期からの専門的緩和ケアの提供: 看護師を中心とした専門的緩和ケ

ア介入の実施可能性試験の結果をふまえて。第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(シンポジウム)。2015年6月,神戸。

6. 田中優子, 松本禎久, 森田達也, 木下寛也, 他. 専門的緩和ケアサービスが進行肺がん患者との面接に要した時間～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムの実施可能性試験から～. 第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(ポスター)。2015年6月,神戸。
7. 小林直子, 松本禎久, 森田達也, 木下寛也, 他. 化学療法を受ける進行肺がん患者が抱える問題～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムに関する実施可能性試験から～. 第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(ポスター)。2015年6月,神戸。
8. 松尾直樹, 松本禎久, 森田達也, 他. 終末期癌患者のコルチコステロイド開始後のせん妄発症の予測因子: 多施設観察的研究(J-FIND3)。第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(ポスター)。2015年6月,神戸。
9. 松尾直樹, 松本禎久, 森田達也, 他. 終末期癌患者の倦怠感・食欲不振に対するコルチコステロイドの有効性の予測因子: 多施設観察的研究(J-FIND3)。第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(ポスター)。2015年6月,神戸。
10. 馬場美華, 松本禎久, 森田達也, 他. 進行がん患者における生命予後の予測指標についての多施設前向きコホート研究: PaP score, D-PaP score, PPI, modified PiPS model の比較 - J ProVal Study。第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(ポスター)。2015年6月,神戸。
11. 上元洵子, 松本禎久, 森田達也, 他. 若手医師の緩和研修に対するニーズには、何が影響するか: 緩和ケア医を志す若手医師が感じる研修・自己研鑽のニーズと改善策に関する全国調査から。第20回日本緩和医療学会学術大会。一般演題(ポスター)。2015年6月,神戸。
12. 森田達也, 松本禎久, 木下寛也, 他. 生

命予後予測指標の比較に関する世界最大規模のコホート研究: ProVal-study。第20回日本緩和医療学会学術大会。シンポジウム。2015年6月,神戸。

13. 清水研 シンポジウム: 進行・終末期がん患者への精神療法; ただ支持し続けることの大切さ 第111回日本精神神経学会学術総会 2015.06.04 大阪
14. 清水研 シンポジウム: 日本人のがん患者における心的外傷後成長 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会 2015.07.17 札幌
15. 里見絵理子 がん疼痛治療の基礎と最新の知見 第6回病診薬連携緩和ケア研究会 2015.05.14 東京
16. 里見絵理子, 西島薫, 木内大佑 鎮痛薬内服困難時の対処と工夫 第20回日本緩和医療学会学術大会 2015.06.18 横浜
17. 里見絵理子 がん疼痛治療 佐久緩和ケア研修会 2015 2015.10.10 長野
18. 里見絵理子 がん疼痛治療の基礎と最新の知見 平成27年度第1回世田谷区薬剤師会在宅推進研修会 2015.10.14 東京
19. 里見絵理子 難治性がん疼痛における高用量モルヒネからメサドンに移行し鎮痛が得られた1例 テルモ疼痛緩和セミナー～メサドンを考える～2015.10.24 東京
20. 里見絵理子 進行がん患者の意思決定支援 ～緩和ケアチーム医師の立場から～ 第3回東京都緩和医療研究会学術集会 2015.10.18 東京

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。



分担研究報告書

スクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

分担研究者：明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 教授  
木澤義之 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座先端緩和医療学分野 特命教授  
森田達也 聖隷三方原病院 支持緩和医療科 副院長・部長

研究協力者：奥山 徹 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学  
内田 恵 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学  
島田麻美 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座先端緩和医療学分野  
白土明美 聖隷三方原病院 支持緩和医療科

研究要旨

背景：がん患者とその家族が、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切なサポートを受けられるよう、がん診療連携拠点病院では、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うことが求められている。本研究班では、まず我が国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの実態を把握し、改善点及び普及の方策を提言するための全国調査を行うこととなった。そのなかで、本分担研究では、実態調査に用いるアンケート票を開発することを目的とした。先行研究のレビューを行うとともに、腫瘍専門医、看護師、緩和ケア医、精神腫瘍医などのエキスパートによる議論を元に、7セクションからなる自記式のアンケートを完成した。

A. 研究目的

我が国では、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができる体制を構築することを目的として、国によりがん診療連携拠点病院が指定されている。加えて厚生労働省が「新たながん診療提供体制」を取りまとめ、2015年4月からのがん診療連携拠点病院等の認定に際して、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・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されることをめざすことを目標として、が

んと診断された時からの緩和ケアの導入をより一層強く求めることとなった。その中で、がん患者とその家族が、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切なサポートを受けられるよう、がん診療連携拠点病院では、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うことが求められており、本スクリーニングの実施が2015年4月からのがん診療連携拠点病院等の

認定要件の一つとなった。2015年4月1日の時点で、がん診療連携拠点病院が401箇所、特定領域がん診療連携拠点病院が1箇所、地域がん診療病院が20箇所がその指定を受けている一方で、このスクリーニングが各がん診療連携拠点病院において具体的にどのように実施され、どのような問題が存在するのか等に関しての知見は極めて限られている。

本研究班では、まず我が国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの実態を把握し、改善点及び普及の方策を提言するための全国調査を行うこととなった。その中で、本分担研究では、全国調査に用いるアンケート票を開発することを目的とした。

## B. 研究方法

先行研究のレビューを行うとともに、腫瘍専門医、看護師、緩和ケア医、精神腫瘍医などのエキスパートによる議論を元にアンケート票を作成した。以下に参考にした主要な先行研究を示した。

-Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ (2012) Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 30: 1160-1177

-Mitchell AJ (2013) Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* 52: 216-224

-Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, Grainger L, Symonds P (2012) How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* 118: 6260-6269

なお記載者による回答バイアスを軽減するために、アンケート票の回答者としては、各がん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの責任者を想定したものとした。

### (倫理面への配慮)

研究の科学性、倫理性を担保するために、今回のアンケート票の作成および全国のがん診療連携拠点病院を対象とした実態調査を実施するための研究プロトコルを作成し、名古屋

市立大学大学院医学研究科の倫理審査委員会で承認を受けた。

## C. 研究結果

全体で7つのセクションからなる自記式のアンケートを開発した(別紙参照)。入院・外来の双方で全く緩和ケアスクリーニングを実施していない施設はセクション1と7のみを、その他の施設は全項目について回答するような形式で作成した。以下に7つのセクションに含まれる項目の概要を記した。

1. 現在の緩和ケアスクリーニング実施状況：まず入院・外来それぞれについて、実施の有無について尋ね、実施しているとの回答を得た場合、実施範囲について5段階で尋ねた。またどのようなタイミングでスクリーニングを行っているか、スクリーニング開始からの期間についても尋ねた。
2. 緩和ケアスクリーニングのツール：どのようなツールを使用しているか、どのような媒体を利用しているかを尋ねた。
3. 緩和ケアスクリーニングのルール：スクリーニングの実施方法について、評価、専門家への依頼、フォローアップ、記録などを伴って実施しているかどうかを尋ねた。
4. 医療者評価による結果指標：医療者の視点からの緩和ケアスクリーニングの有用性に関する5項目について、リカートスケール(1:そう思わない~3:そう思う)を用いて尋ねた。
5. 緩和ケアスクリーニング実施に伴う困難：スクリーニングを実施する際に直面すると想定される13項目の困難について、リカートスケール(1:まったくない~5:とてもよくある)を用いて尋ねた。
6. 緩和ケアスクリーニング状況の概数：入院・外来それぞれについて、月当たりのスクリーニング実施患者数、うちスクリーニング陽性となる患者数、スクリーニングの結果緩和ケアチーム依頼となった患者数、の概数について尋ねた。
7. 緩和ケアスクリーニング実施の障害：スクリーニングの運用を行っていくにあたり、どのようなことが障害となっているかに関する20項目について、リカートスケール(1:そう思わない~3:そう思う)を用いて尋ねた。

## D. 考察

以上のようなプロセスで、がん診療連携拠点病院を対象としたスクリーニングに関する全国実態調査のためのアンケート票を作成した。最新の文献を参考にし、また多職種の見意見を反映させたため、効果的な緩和ケアスクリーニングの在り方を把握可能なアンケート票が完成したものと考えている。今後、本アンケートを用いて、全国調査を実施することで、我が国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの実態を把握し、改善点及び普及の方策の提言が可能となる。

## E. 結論

我が国のがん診療連携拠点病院におけるスクリーニング実施状況に関するアンケート票を開発した。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Akechi T, Uchida M, Nakaguchi T, Okuyama T, Sakamoto N, Toyama T, Yamashita H: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis Jpn J Clin Oncol 45: 75-80, 2015
2. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T: Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information Jpn J Clin Oncol 45: 929-933, 2015
3. Akechi T, Momino K, Iwata H: Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors Breast Cancer Res Treat, 153: 475-476, 2015
4. Yonemoto N, Tanaka S, Furukawa TA, Kato T, Mantani A, Ogawa Y, Tajika A, Takeshima N, Hayasaka Y, Shinohara K, Miki K, Inagaki M, Shimodera S, Akechi T, Yamada M, Watanabe N, Guyatt GH: Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUN(^\_^) D protocol update and statistical analysis plan Trials 16: 459, 2015
5. Watanabe N, Horikoshi M, Yamada M, Shimodera S, Akechi T, Miki K, Inagaki M, Yonemoto N, Imai H, Tajika A, Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Furukawa TA: Adding smartphone-based cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial Trials 16: 293, 2015
6. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E: The Association Between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study J Pain Symptom Manage, 2015
7. Takeuchi H, Saeki T, Aiba K, Tamura K, Aogi K, Eguchi K, Okita K, Kagami Y, Tanaka R, Nakagawa K, Fujii H, Boku N, Wada M, Akechi T, Udagawa Y, Okawa Y, Onozawa Y, Sasaki H, Shima Y, Shimoyama N, Takeda M, Nishidate T, Yamamoto A, Ikeda T, Hirata K: Japanese Society of Clinical Oncology clinical practice guidelines 2010 for antiemesis in oncology: executive summary Int J Clin Oncol, 2015
8. Sugano K, Okuyama T, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Uchida M, Nakaguchi T, Kubota Y, Ito Y, Takahashi K, Akechi T: Medical Decision-Making Incapacity among Newly Diagnosed Older Patients with Hematological Malignancy Receiving First Line Chemotherapy: A Cross-Sectional Study of Patients and Physicians PLoS One 10: e0136163, 2015
9. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K,

- Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T, Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors Jpn J Clin Oncol 45: 456-463, 2015
10. Onishi H, Ishida M, Toyama H, Tanahashi I, Ikebuchi K, Taji Y, Fujiwara K, Akechi T: Early detection and successful treatment of Wernicke encephalopathy in a patient with advanced carcinoma of the external genitalia during chemotherapy Palliat Support Care: 1-5, 2015
11. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer: A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN 13: 1525-1531, 2015
12. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y, Akechi T: Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial Psychooncology, 2015
13. Kondo M, Kiyomizu K, Goto F, Kitahara T, Imai T, Hashimoto M, Shimogori H, Ikezono T, Nakayama M, Watanabe N, Akechi T: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form Health Qual Life Outcomes 13: 4, 2015
14. Ito Y, Okuyama T, Ito Y, Kamei M, Nakaguchi T, Sugano K, Kubota Y, Sakamoto N, Saitoh S, Akechi T: Good death for children with cancer: a qualitative study Jpn J Clin Oncol 45: 349-355, 2015
15. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Mimura M, Shimizu K, Uchitomi Y: Impact of depression on health utility value in cancer patients Psychooncology, 2015
16. Akechi T, Uchitomi Y: Depression/Anxiety. In: Bruera E, Higginson I, C FvG (eds) Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. CRC Press, New York, pp. 691-702, 2015
17. 明智龍男: サイコオンコロジー: 佐藤隆美, 藤原康弘, 古瀬純司, 大山優 (eds) がん治療エッセンシャルガイド 改訂3版 What's New in Oncology. 南山堂, 東京, pp. 198-203, 2015
18. 明智龍男: 癌に伴う精神医学的問題: 金澤一郎, 永井良三 (eds) 今日の診断指針第7版. 医学書院, 東京, pp. 159-160, 2015
19. 明智龍男: コンサルテーション・リエゾン精神医学: 尾崎紀夫, 朝田隆, 村井俊哉 (eds) 標準精神医学. 医学書院, 東京, pp. 177-188, 2015
20. 明智龍男: 患者の自殺を経験した医療スタッフのケア (ポストベンション) 臨床栄養 127: 618-619, 2015
21. 明智龍男: 現代のがん医療院におけるサイコオンコロジーの役割-がんと共に生きる時代を背景に Depression Strategy 5: 1-4, 2015
22. 明智龍男: 身体疾患とうつ病 精神科 26: 409-412, 2015
23. 明智龍男: がん患者に対する自殺予防の実践 精神科治療学 30: 485-489, 2015
24. 明智龍男: 特定の場面におけるうつ状態への対応 内科 115: 241-244, 2015
25. 明智龍男: 仕事人の楽屋裏 緩和ケア 25: 74-75, 2015
26. 稲垣正俊, 明智龍男: がん患者のうつ病・うつ状態の病態 総合病院精神医学 27: 2-7, 2015
27. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. J Pain Symptom Manage. 2015 Dec

8. [Epub ahead ofprint]
28. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*. 13(6):1529-33, 2015.
  29. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage*, 50(2):232-40, 2015.
  30. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoriasis Syndrome: Case Series of Three Patients. *J Palliat Med*, 18(7):645-52, 2015.
  31. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care*. 13(2):327-34, 2015.
  32. 木澤義之他. 緩和ケアの定義, 緩和ケアを開始する時期. 木澤義之、齊藤洋司、丹波嘉一郎編. 緩和ケアの基本 66 とアドバンス 44, 2-5. 南江堂, 東京都 2015.
  33. 木澤義之他. 入院患者の痛みの診かた. 木澤義之編. レジデントノート, 672-739. 羊土社, 東京都, 2015.
  34. 岸野 恵, 木澤 義之. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. *Palliative Care Research*, 10 巻 3号:155-160, 2015.
  35. 田中 祐子, 木澤 義之, 坂下 明大. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. *Palliative Care Research* 10 巻 3号:310-314, 2015
  36. 白土 明美, 木澤 義之. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. *癌と化学療法* 42 巻 9号:1087-1089, 2015.
  37. 山本 亮, 木澤 義之. PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から. *Palliative Care Research*. 10 巻 1号:101-106, 2015.
  38. 山口 崇, 木澤 義之. 【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】 悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識. *緩和ケア*. 25 巻 5号:366-370, 2015.
  39. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷暢之. 【緩和医療の今】 包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング. *ペインクリニック*. 36 巻別冊秋, S613-S618, 2015.
  40. 長谷川 貴昭, 木澤 義之. 急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり. *死の臨床*. 38 巻 1号:115-116, 2015.
  41. 木澤 義之. 【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】 がん緩和医療 症状緩和とエンド・オブ・ライフケア. *臨床泌尿器科*, 69 巻 9号:706-709, 2015.
  42. 木澤 義之. アドバンス・ケア・プランニング “もしもの時”に備え、“人生の終わり”について話し合いを始める. *ホスピスケアと在宅ケア*. 23 巻 1号:49-62, 2015.
  43. 木澤 義之. 【現場で活用できる意思決定支援のわざ】 アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. *緩和ケア*. 25 巻 3号:174-177, 2015.
2. 学会発表
1. Uchida, M., C. Sugie, M. Yoshimura, E. Suzuki, Y. Shibamoto, M. Hiraoka and T. Akechi (2015 Nov). The experiences and preferences of shared decision making and their associated factors among cancer patients undergoing radiation therapy. 42th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia. Hobart.
  2. Ogawa, S., M. Kondo, J. Okazaki, R. Imai, K. Ino, T. A. Furukawa and T. Akechi (2015 Nov). Catastrophic cognitions and comorbid psychological symptoms in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. Association for behavioral and cognitive therapies 49th annual convention. Chicago.
  3. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム

死にゆく患者/遺族に対する精神療法的  
接近 ころの中に安易に踏み込んで  
はいけないこともある：「否認」をケア  
することの大切さ。第111回日本精神神  
経学会総会。大阪市。

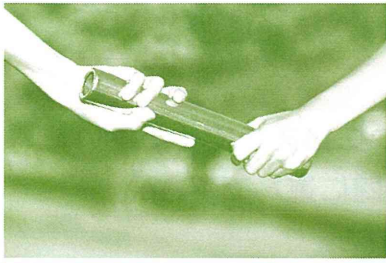
4. 明智龍男 (2015年6月)。シンポジウム  
「がん患者の希死念慮と自殺：プリベン  
ション、インターベンション、そしてポ  
ストベンション」自殺後のポストベン  
ション(事後対応)：特にスタッフのケ  
アを中心に。第20回日本緩和医療学会  
総会。横浜。
5. 明智龍男 (2015年7月)。シンポジウム  
「医師が考える「抗がん薬」の止め時と  
患者サポート」抗がん治療中止に際し  
ての患者心理。第13回日本臨床腫瘍学  
会総会。札幌。
6. 明智龍男 (2015年10月)。ワークショップ  
他分野からの提言 精神病理学へ  
の提言-サイコオンコロジーの立場から。  
第38回 日本精神病理学会総会。  
名古屋。
7. 明智龍男 (2015年10月)。特別講演 がん  
医療におけるころの医学：サイコオ  
ンコロジー。日本肺癌学会北海道支部  
会。札幌。
8. 明智龍男 (2015年11月)。シンポジウム  
サイコオンコロジー領域における介入  
法開発の最前線 がん患者の再発不  
安・恐怖に対するInformation and  
communication technology (ICT) 技術  
の活用。第28回 日本総合病院精神医  
学会総会。徳島市。
9. 明智龍男 (2015年11月)。メディカルス  
タッフシンポジウム 医療スタッフの  
ケア：燃え尽きないためのセルフケアに  
焦点をあてて。第56回 日本肺癌学会  
総会。横浜市。
10. 明智龍男 (2015年11月)。ランチョンセ  
ミナー がん患者の精神症状の評価と  
マネジメント：総合病院の精神科医/心  
理士が知っておきたい一歩先のスキル。  
第28回 日本総合病院精神医学会総会。  
徳島市。
11. 奥山徹、明智龍男 (2015年6月)。シンポ  
ジウム 医学生と研修医が魅力を感じ  
る講義と実習-精神医療を発展させる後

継者を育てる 名古屋市立大学の取り  
組み。第111回 日本精神神経学会総会。  
大阪市。

12. 中口智博, 奥山徹, 伊藤嘉則, 内田恵,  
明智龍男 (2015年9月)。シンポジウム  
ストレスは病気に影響するのか? がん  
化学療法における条件付けが関与し  
た有害事象。第28回 日本サイコオン  
コロジー学会総会。広島市。
13. 東英樹、明智龍男 (2015年11月)。電気  
けいれん療法でみられる発作時生理学  
的指標としての脳波、心拍、筋電図の時  
系列進展とそれらの脳波電極部位によ  
る差異の検討。第45回日本臨床神経生  
理学会。大阪。
14. 内田恵, 杉江愛生, 吉村道央, 鈴木栄  
治, L. J. Makenzie, 芝本雄太., 平岡真  
寛, 戸井雅和, 明智龍男 (2015年9月)。  
雇用状況が医師との予後についての話  
し合いの意向に関連する。第28回 日  
本サイコオンコロジー学会総会。  
広島市。
15. 川口彰子, 根本清貴, 仲秋秀太郎, 橋  
本伸彦, 山田峻寛, 川口毅恒, 西垣誠,  
東英樹、明智龍男 (2015年9月)。電気け  
いれん療法後のagitationの予測因子に  
関する脳画像研究。第37回日本生物学  
的精神医学会。東京
16. 小川成, 近藤真前, 井野敬子, 伊井俊  
貴, 今井理紗, 岡崎純弥, 古川壽亮、  
明智龍男 (2015年7月)。パニック症の  
認知行動療法における身体感覚過敏と  
併存精神症状との関係。第15回日本認  
知療法学会。東京。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記事項なし。



## 苦痛のスクリーニング に関する調査票

アンケートは密封された状態で回収し、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が収集している拠点病院現況報告のデータと連結後、匿名化した状態で分析します。調査結果は統計的な処理をして公表するため、個人や個別の施設が特定できる形で結果が発表されることは一切ありません。

多くの施設で緩和ケアチームの責任者がその労を取られていますので、本アンケートは緩和ケアチーム責任者宛にお送りしていますが、もし別の部署が責任部署でしたら、その部署の責任者に記載を依頼して下さい。

本調査結果を元に、がん診療連携拠点病院等における円滑かつ有効なスクリーニングの実施を支援する方策を検討したいと考えております。ご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

もし調査にご協力頂けない場合は、以下に☑をしてご返送下さい。

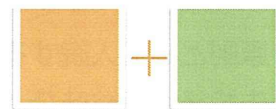
調査協力を拒否します。

まずはじめに、以下の質問の当てはまる□にチェックをしてください。

Q.外来または入院患者を対象とした緩和ケアスクリーニングについて

なんらかの形で、施設として行っている

⇒2～7ページにお答え下さい



全く行っていない

⇒6、7ページにお答え下さい



施設ID： \_\_\_\_\_

【1 ページで

なんらかの形で行っている

と答えた方がお答えください】

**外来がん患者**を対象とした苦痛のスクリーニングをなんらかの形で行っていますか。

- 行っている⇒以下1～3について、あてはまるもの一つに☑をしてください。
- 全く行っていない⇒以下の1～3を飛ばし、下段の質問に進んで下さい。

1. がんに関連する部門のうち、どの程度の部門で行っていますか

- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門で行っている
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門で行っている
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門で行っている
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門で行っている
- すべて(100%)の診療科/診療部門で行っている

2. どのようなタイミングで行っていますか

- 原則として受診するたびに行っている
- 告知後や初診時など、時期を決めて行っている
- 患者がつかうようなときなど、医療者の判断で行っている
- その他( )

3. 実施開始からの期間はどれほどですか

- 1年未満
- 1-3年未満
- 3年以上

**入院がん患者**を対象とした苦痛のスクリーニングをなんらかの形で行っていますか。

- 行っている⇒以下1～3について、あてはまるもの一つに☑をしてください。
- 全く行っていない⇒以下の1～3を飛ばし、次ページの質問に進んで下さい。

1. がんに関連する部門のうち、どの程度の部門で行っていますか

- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門/病棟で行っている
- すべて(100%)の診療科/診療部門/病棟で行っている

2. どのようなタイミングで行っていますか

- 原則として入院するたび、毎週など定期的な間隔で行っている
- 告知後や初診時など、時期を決めて行っている
- 患者がつかうようなときなど、医療者の判断で行っている
- その他( )

3. 実施開始からの期間はどれほどですか

- 1年未満
- 1-3年未満
- 3年以上



このページ以降の全ての項目は、回答が部門などによって異なる場合、院内で最も中心的に実施されているスクリーニング方法についてお答え下さい。

どのような調査用紙を用いていますか。入院、外来それぞれについて、当てはまるものすべてに☑をつけてください(既存の方法を改変して使用している場合は、元の方法名に☑して下さい)。

	入院	外来
生活のしやすさに関する質問票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POS (Palliative Outcome Scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STAS (Support Team Assessment Schedule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DT (Distress Thermometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
つらさと支障の寒暖計 (Distress and Impact Thermometers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5th Vital Sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
独自に作成した調査票 (含まれている内容を☑して下さい)		
□痛み □痛み以外の身体症状 □精神的問題 □生活上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
□病状認識・希望する療養場所など □その他( )		

どのような媒体を用いてスクリーニングを実施していますか  
入院、外来それぞれについて一つだけ☑して下さい。

	入院	外来
電子媒体(電子カルテ、患者の操作するタブレット端末など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紙媒体の自記式調査票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護師などの医療従事者が口頭で確認して記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スクリーニングに関する手順書(院内マニュアル)を作成していますか。

なし

あり⇒ もし宜しければ返信用封筒に手順書を同封して返送して下さい。  
お送り下さる場合、他施設のモデルとするため、施設名を伏せて公開しても宜しいでしょうか。 ⇒  公開可  公開不可

院内におけるスクリーニングの運用取り決めについてお聞きします。 各項目について、最もよくあてはまる回答に☑をつけてください。	いいえ	はい
スクリーニングの結果に応じて、問題に対応できる部署へ紹介できるルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングで陽性であった場合、まず主治医・担当看護師などが問題を詳細に評価し、その上でその問題に対応できる部署へ紹介するルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングで陽性であった場合、詳細な評価をせずに陽性患者全例をその問題に対応できる部署へ紹介するルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングで陽性であった患者が、その後どうなったかをフォローアップするルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングの結果や、スクリーニングの結果に基づく対応について、カルテなどに記録を残すルールとなっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スクリーニングの結果がコンピュータ上で管理されており、スクリーニングの概要が統計的に把握できるようになっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

スクリーニングを実施することの意義についてお聞きします。各項目について、最もよくあてはまる番号 <u>一つ</u> に○をつけてください。	そう 思わない	ど ち ら う で も な い	そ う 思 う
患者と主治医・担当看護師のコミュニケーションを促進する	1	2	3
患者の身体的苦痛を見つけることに役立つ	1	2	3
患者の心理社会的苦痛を見つけることに役立つ	1	2	3
より適切に患者の苦痛に対応することに役立つ	1	2	3
患者の苦痛に対応できる専門部署(緩和ケアチームなど)と主治医・担当看護師の連携を促進する	1	2	3
日常臨床で行うには時間がかかりすぎる	1	2	3
全体的にみればスクリーニングは有用である	1	2	3

もしここまでご記載頂いた方がスクリーニングの実務には従事されていない場合、このページのみ実務担当者に記載を依頼して下さい(職種などは問いません)。

スクリーニングを実施するときに、以下のようなことを経験することがありますか。各項目について、最もよくあてはまる番号一つに○をつけてください。	ない	たまにある	時々ある	よくある	とてもよくある
患者が記入したからない	1	2	3	4	5
記入の方法を説明するのに時間がかかる	1	2	3	4	5
「症状やつらさの程度を数値で表現できないので回答が難しい」と言われる	1	2	3	4	5
患者に認知症があって実施困難である	1	2	3	4	5
患者に精神疾患があって実施困難である	1	2	3	4	5
スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない	1	2	3	4	5
スクリーニングされた結果が、倦怠感や再発不安など、有効な対応方法がない問題のことがある	1	2	3	4	5
スクリーニングされた結果が、すぐに変わる(1週間前は10でも、今週は0など)	1	2	3	4	5
スクリーニング用紙に回答することで、患者の不安が増す	1	2	3	4	5
患者が医療者に遠慮して、本当の心配事は書いていない	1	2	3	4	5
スクリーニング陽性の患者に社会資源サービス(相談など)を紹介しても利用しない	1	2	3	4	5
スクリーニング陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	1	2	3	4	5
スクリーニング陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	1	2	3	4	5

この1か月のおおよそのスクリーニング実績を記入してください(カルテを調べたり、正確な実数を調べる必要はありません。もし不明な場合は空欄のままで結構です)	外来 (月当たり)	入院 (月当たり)
のべ実施件数	約( )件	約( )件
何らかの項目で陽性となる件数	約( )件	約( )件
スクリーニングの結果緩和ケアチーム依頼となった件数	約( )件	約( )件

【全ての施設の方がお答えください】

貴施設では、以下のようなことはスクリーニング実施の妨げとなっていますか。各項目について、最もよく当てはまる番号一つに○をつけてください。	そう 思わない	少 し そ う 思 う	そ う 思 う
病院長など病院執行部の理解が得られないことが妨げとなっている	1	2	3
診療科・主治医の理解が得られないことが妨げとなっている	1	2	3
看護部・看護師の理解が得られないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングの責任者が明確となっていないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングのための人員が不足していることが妨げとなっている	1	2	3
円滑かつ効果的な実施方法の知識がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングについて、院内で周知することが難しいことが妨げとなっている	1	2	3
手順書(マニュアル)がないことが妨げとなっている	1	2	3
外来でがん患者を同定することが難しいなど、スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げとなっている	1	2	3
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングについて、IT 技術を活用できないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング陽性だった患者への対応に関するルールについて、院内でコンセンサスを得ることができないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がないことが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングに関するインシデント・アクシデント(患者からの苦情など)の懸念があることが妨げとなっている	1	2	3
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しいことが妨げとなっている	1	2	3