



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 : _____

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 入院 外来合は、元の方法名に☑して下さい)。

- 生活のしやすさに関する質問票
- ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)
- POS (Palliative Outcome Scale)
- STAS (Support Team Assessment Schedule)
- DT (Distress Thermometer)
- つらさと支障の寒暖計 (Distress and Impact Thermometers)
- DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)
- MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)
- 5th Vital Sign
- その他()
- 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
- 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

入院、外来それぞれについて一つだけ☑して下さい。

- 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)
- 紙媒体の自記式調査票
- 看護師などの医療従事者が口頭で確認して記録
- その他()

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

【1 ページで なんらかの形で行っている と答えた方のみお答えください】

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		
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		
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		
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		
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		
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		

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 <input type="checkbox"/> をつけてください。	そう 思わない	ど ち ら ど 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 <u>一つ</u> に をつけてください。	ない	たまにある	時々ある	よくある	よくある とても
患者が記入したがない	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 <u>一つ</u> に 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

