

別添 1

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究

令和 2 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 里見 絵理子

令和 3 (2021) 年 5 月

目 次

| | | |
|--|-------|-----|
| I. 総括研究報告 | | |
| がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究 | | |
| 里見 絵理子 | ----- | 1 |
| II. 分担研究報告 | | |
| 1. がん疼痛の治療アルゴリズム構築に関する研究 | | |
| 田上 恵太 | ----- | 4 |
| (資料) がん疼痛治療のアルゴリズム | | |
| 2. 難治性のがん疼痛および症状に関する全国調査：難治性がん疼痛治療の実態調査 | | |
| 松本 禎久 | ----- | 7 |
| (資料) 医療機関用 | | |
| (がん診療拠点病院・非拠点病院・在宅療養支援診療所) | | |
| (資料) 専門医用 | | |
| (ペインクリニック専門医・IVR専門医・がん治療認定医 ・緩和医療医・在宅医療専門医) | | |
| 3. 進行がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療に関する 多施設共同観察研究 | | |
| 森 雅紀 | ----- | 102 |
| 4. 進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療に関する 多施設共同観察研究 | | |
| 今井 堅吾 | ----- | 106 |
| III. 研究成果の刊行に関する一覧表 | ----- | 110 |

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総括研究報告書

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究

研究代表者 里見絵理子 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院 緩和医療科長

研究要旨：本研究班では、終末期苦痛緩和として代表的ながん疼痛、呼吸困難、終末期せん妄について、①体系的な薬物治療に関して観察研究を行い、医師や医療施設によらず一定の苦痛緩和が得られる体系的治療（以下アルゴリズム）を開発する、②構築されたアルゴリズムについて緩和ケア教育を通して多くの医療者の実践につなげる、③治療抵抗性である難治性がん疼痛治療に関して実態調査を専門医、医療機関に実施し、医師、医療機関、地域における苦痛緩和のバリアとなりうる課題を明確にし、苦痛緩和向上につながる方策を構築する、を取り上げて研究する。令和2年度は、各苦痛症状について、日常臨床を反映した体系的治療（アルゴリズム）に関して日常臨床における観察研究を開始し、苦痛緩和治療に関する有効性・安全性のデータ収集を実施した。また、難治性がん疼痛治療の実態調査として、がん疼痛治療に関わる専門医（がん治療認定医、緩和医療専門医/認定医、ペインクリニック専門医、IVR 専門医（IVR：Interventional Radiology 画像下治療）、在宅専門医）調査を実施し調査票の回収が完了し、全国の医療機関（がん診療連携拠点病院、それ以外の病院、在宅医療機関）において施設調査を実施した。

研究分担者

田上 恵太 東北大学医学部 緩和医療学講座
松本 禎久 国立がん研究センター東病院 緩和
医療科
森 雅紀 聖隷三方原病院 臨床検査科
今井 堅吾 聖隷三方原病院 ホスピス科

菅野康二 順天堂大学医学部附属順天堂東京
江東高齢者医療センター
浜野 淳 筑波大学
田代志門 東北大学大学院文学研究科
山口 拓洋 東北大学大学院医学系研究科

研究協力者（順不同）

森田達也 聖隷三方原病院
宮下光令 東北大学大学院医学系研究科
加藤雅志 国立がん研究センターがん対策情
報センター
井上 彰 東北大学大学院医学系研究科
小杉寿文 佐賀県医療センター好生館
曾根美幸 国立がん研究センター中央病院
中村直樹 聖マリアンナ医科大学
水嶋章郎 順天堂大学医学部
上原優子 順天堂大学浦安病院
清水正樹 京都桂病院
大内康太 東北大学病院
西島薫 神戸大学
下井 辰徳 国立がん研究センター中央病院
小杉 和博 国立がん研究センター東病院
山口崇 甲南病院
渡邊紘章 小牧市立病院
鈴木 梢 都立駒込病院
松沼 亮 神戸大学
松田能宣 近畿中央呼吸器センター
石木寛人 国立がん研究センター中央病院
池永昌之 淀川キリスト教病院
前田一石 ガラシア病院
木内大佑 国立がん研究センター中央病院

A. 研究目的

がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査」平成29年度予備調査結果報告書によると、終末期の療養においてがん患者が痛み少なく過ごせた割合は約半数であり、医療者が症状緩和を試みながらも、36%の患者は苦痛と共に最期を迎えている。がん患者の闘病期間は長期化しており、終末期に至る前から苦痛が連続していることも危惧され、早期からの緩和ケアとして症状緩和の推進は必須である。本研究班では、進行終末期がん患者における治療抵抗性の苦痛のうち、がん疼痛、呼吸困難、終末期せん妄について、迅速かつ十分に症状緩和に至り患者の生活の質（QOL）向上につなげることを目的とし、以下の研究をおこなう。

がん疼痛の治療アルゴリズムの構築に関する研究
難治性がん疼痛治療の実態調査
進行がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療に関する研究
進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療に関する研究

これらの研究の結果を踏まえ、緩和ケアの实地臨床での体系的治療（アルゴリ

ズム)の教育研修を関連団体(日本緩和医療学会、ペインクリニック学会、IVR学会、放射線治療学会、がんサポーターブケア学会)に働きかけ、また、地域・施設間格差の改善のための提言をおこなう。

B. 研究方法

がん疼痛の治療アルゴリズム構築に関する研究(担当:田上)

がん疼痛の細かい性状を調査し、緩和ケアチームで実施するがん疼痛治療の日常臨床を反映したアルゴリズムのうちどのように治療されるかについて前向き観察研究を行い、疼痛緩和に至る臨床データを複数施設で集積する。集積されたデータに基づいて、アルゴリズムを完成させる。

② 難治性がん疼痛治療の実態調査(担当:松本)
難治性がん疼痛に対する治療の実態や専門医の考え、施設ごと整備状況などについての質問紙を作成し、がん疼痛治療に関わる専門医(がん治療認定医、緩和医療専門医/認定医、ペインクリニック専門医、IVR専門医(IVR: Interventional Radiology 画像下治療)、在宅専門医)、がん診療連携拠点病院、非がん診療連携拠点病院、在宅医療機関に郵送し、調査する。得られた結果の解析において、難治性がん疼痛に対する治療における障壁や課題の抽出と、対策・提言をおこなう。

③ 進行がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療に関する研究(担当:森)
終末期がん患者の呼吸困難ではオピオイドがキードラッグになることから、呼吸困難に対するオピオイド持続注射の緩和ケアの実臨床における使用を反映し視覚化した体系的治療(アルゴリズム)を作成し、観察研究をおこない、実臨床における安全性、有効性、実施可能性を探索する。

④ 進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療に関する研究(担当:今井)
終末期がん患者の過活動型/混合型せん妄では向精神薬(注射薬)の使用 방법이担当医によってさまざまである。本研究では、緩和ケア病棟における終末期がん患者の過活動型/混合型せん妄では向精神薬(注射薬)の使用方法を反映した体系的治療(アルゴリズム)を作成し、観察研究をおこない、実臨床における安全性、有効性、実施可能性を探索する。

(倫理面への配慮)

本研究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

①がん疼痛の治療アルゴリズム構築に関する研究(担当:田上)

緩和ケア医、腫瘍内科医、ペインクリニック医、看護の各専門家を交えたパネルで作成したがん疼痛治療アルゴリズムを用い、現在臨床データ収集のた

めの前向き観察研究(東北大学研究倫理委員会承認)を開始し、現在登録中である。

難治性がん疼痛治療の実態調査(担当:松本)
令和2年度は、専門医を対象とした質問紙を作成し、がん疼痛治療に関わる専門医(がん治療認定医、緩和医療専門医/認定医、ペインクリニック専門医、IVR専門医(IVR: Interventional Radiology 画像下治療)、在宅専門医)合計4066名に郵送し調査票回収が完了した。各専門医に共通した質問のうち、「がんの痛みが十分に緩和されない時に、どのような対応を取るか」という問いにおいて、院外に相談できるペインクリニック、放射線治療、画像下治療専門医がいないとした在宅医の割合が多かった。またがん治療認定医対象の調査においては、難治性がん疼痛治療のオプションであるメサドンによる薬物療法や画像下治療による鎮痛法についての認識がとぼしいことが明らかになった。また、医療機関(がん診療連携拠点病院402、それ以外の病院1000、在宅医療機関1000)を対象に、がん疼痛治療の実態に関する調査票を作成し、郵送した。2021年4月に回収完了の予定である。

進行がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療に関する研究(担当:森)
令和2年度は、研究者間で研究を立案し、緩和ケア病棟で実施している治療を討議し、視覚化し作成した体系的治療(アルゴリズム)に関する前向き観察研究を実施し聖隷三方原病院、硬軟医療センター、東北大学病院、近畿中央呼吸器センター、がん・感染症センター都立駒込病院において開始した。

進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療に関する研究(担当:今井)
令和2年度は緩和ケア病棟、緩和ケアチームで実施している治療を視覚化した体系的治療(アルゴリズム)について、聖隷三方原病院、国立がん研究センター中央病院において、前向き観察研究を実施し現在登録中である。

D. 考察

令和2年度の研究は予定通り進捗している。難治性がん疼痛の専門医調査を終え、がん疼痛治療に関わる医師の専門性、就業環境によって、各種がん疼痛治療の提供状況が異なる可能性が示唆された。これは、終末期苦痛緩和の観点から、医療機関を超えた苦痛緩和のための医療連携が必要であることがいえる。また、がん疼痛治療のファーストタッチを担うがん治療医において、強オピオイドの使用や緩和的放射線治療は普及しているが、難治性がん疼痛治療のオプションであるメサドンによる薬物療法や画像下治療による疼痛緩和について認識が低いことが明らかになった。これは、先述の疼痛緩和地域連携のアクションにつなげるためにも、がん治療医に基本的な疼痛緩和法に関する教育に各種疼痛緩和法に関する内容を含めるべきと考えられた。がん疼痛治療のアルゴリズム開発と共に、既に普及しているオピオイドを用いたがん疼痛治療の質を向上させ、より専門的な難治性がん疼痛治療については、地域の専門家と連携して、進行終末期の苦痛緩和を推進することが求められる。医療機関調査の結果を踏まえて、教育研修および地域連携に

関する方策を検討したい。また、痛み以外の終末期苦痛の中で代表的な呼吸困難、終末期過活動せん妄については、体系治療による観察研究を実施し順調に登録が進んでいる。

E. 結論

がん患者の苦痛としてがん疼痛、呼吸困難、終末期せん妄の症状緩和に関する体系的治療（アルゴリズム）の構築と観察研究、および難治性がん疼痛治療の実態調査のうち専門医宛て調査が完了した。専門医調査から進行終末期がん患者の苦痛緩和を達成するために、各種がん疼痛治療法の医師への啓発とともに地域連携の強化が必要であることが示唆された。引き続き、有効な症状緩和治療のアルゴリズム構築に関する研究を進め、実践と教育、専門医へのアプローチに焦点をあてた医療連携の強化など、関係団体と情報共有をしながら更なる検討を進めていく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・Matsuoka H, Iwase S, Miyaji T, Kawaguchi T, Ariyoshi K, Oyamada S, Satomi E, Ishiki H, Ha suo H, Sakuma H, Tokoro A, Matsuda Y, Tahara K, Otani H, Ohtake Y, Tsukuura H, Matsumoto Y, Hasegawa Y, Kataoka Y, Otsuka M, Sakai K, Nakura M, Morita T, Yamaguchi T, Koyama A. Predictors of duloxetine response in patients with neuropathic cancer pain: a secondary analysis of a randomized controlled trial-JORTC-PAL08 (DIRECT) study. Support Care Cancer. 2020 Jun;28(6):2931-2939.

・安田俊太郎, 西川まり絵, 高田 博美, 石木 寛人, 木内 大佑, 清水 正樹, 里見絵理子, 清水研, 山口 正和. がん専門病院における終末期の苦痛緩和のための鎮静の施行状況に関する後方視的調査. Palliat Care Res 2020; 15 (1) : 43-50

横田小百合, 小高桂子, 里見絵理子, 中島豪, 近藤侑鈴, 竹下信啓, 川上和之, 林和彦. 腹腔内巨大腫瘍による腹部膨満感に対して硬膜外鎮痛法を施行した1例. 癌と化学療法 47(11): 1615-1617, 2020.

・佐藤直子, 里見絵理子, 吉田哲彦, 清水正樹, 木内大祐, 石木寛人. ヒドロモルフォン使用例の後方視的検討 癌と化学療法 47(12): 1687-1690, 2020.

2. 学会発表

・松本 禎久, 上原 優子, 中村 直樹, 小杉 寿文, 曾根 美雪, 水嶋 章郎 加藤 雅志, 宮下 光令, 山口 拓洋, 里見 絵理子. 放射線治療への期待: 難治性がん疼痛に対する専門医対象質問紙調査. 合同シンポジウム「チーム医療において放射線治療に期待するもの」緩和・支持・心のケア合同学術大会2020 (第5回日本がんサポーターズケア学会学術集会・第33回日本サイコオンコロジー学会総会・第25回日本緩和医療学会学術大会) シンポジウム. 2020年8月9日10日 web開催

・夏目 まいか, 里見 絵理子, 浅石 健, 芹澤 直紀, 横田 小百合, 久保 絵美, 清水 正樹, 木内 大佑, 石木 寛人, 松本 禎久. ヒドロモルフォン注の換算比に関する検討. 緩和・支持・心のケア合同学術大会2020 (第5回日本がんサポーターズケア学会学術集会・第33回日本サイコオンコロジー学会総会・第25回日本緩和医療学会学術大会) ポスター. 2020年8月9日10日 web開催

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究

がん疼痛の治療アルゴリズム構築に関する研究

研究分担者 田上恵太 東北大学 大学院医学系研究科 講師

研究要旨：がん拠点病院・緩和ケア病棟ではない医療機関、緩和ケアの専門家が不在な医療機関においても専門家が行う「がん疼痛の症状緩和」が行えるようなアルゴリズムの構築を目的としている。本研究ではアルゴリズムの構築と併せて、現在のがん疼痛への治療の実態の調査を行うことで、がん患者の痛みがどのように症状緩和されているかを明らかにするだけでなく、構築しているアルゴリズムの妥当性も併せて検証する。

A. 研究目的

すべての医療機関において緩和ケアの専門家が行う「がん疼痛の症状緩和」が行えるような標準的ながん疼痛治療アルゴリズムの構築を目的としている。併せて、現在の本邦におけるがん疼痛への治療の実態の調査を行い、どのように症状緩和されているかを明らかにする。

B. 研究方法

先行研究や現在の実臨床の実情を踏まえながら、研究協力者間ではがん疼痛治療の標準的なアルゴリズムを構築する。またがん拠点病院の緩和ケアチームががん疼痛の症状緩和と目的に介入した患者を対象に、がん疼痛の治療の状況や有効性の評価、難治性疼痛の因子の分析を行う。

（倫理面への配慮）

がん疼痛の治療の実態調査は、緩和ケアチームの通常診療の過程で取得されるものであるが、患者情報を特定できない様な対処を行う。

C. 研究結果

現在研究者間でアルゴリズムの草案の構築は済んでいる。現在上記の観察研究の症例を2021年6月末まで集積中である、。

D. 考察

現在がん疼痛治療に関する現状を調査する観察研究を行っている。がん疼痛の治療の実態と、対処が難しい難治性がん疼痛の因子抽出が行えるような研究デザインを構築している。また上記のアルゴリズムの妥当性も検証している。

E. 結論

現在データ集積中である

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G. 研究発表

1. 論文発表

データ集積および解析後は、がん疼痛の治療を受ける患者の疫学調査の結果、およびアルゴリズム構築とアルゴリズム治療の有効性の検討を英語論文で報告予定である。

2. 学会発表

上記の研究結果を国内、および海外の緩和ケアに関する学会において発表を行う予定である。なお本研究のデザインは国内学会のシンポジウムで発表済みである。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特許取得の予定はない。

2. 実用新案登録

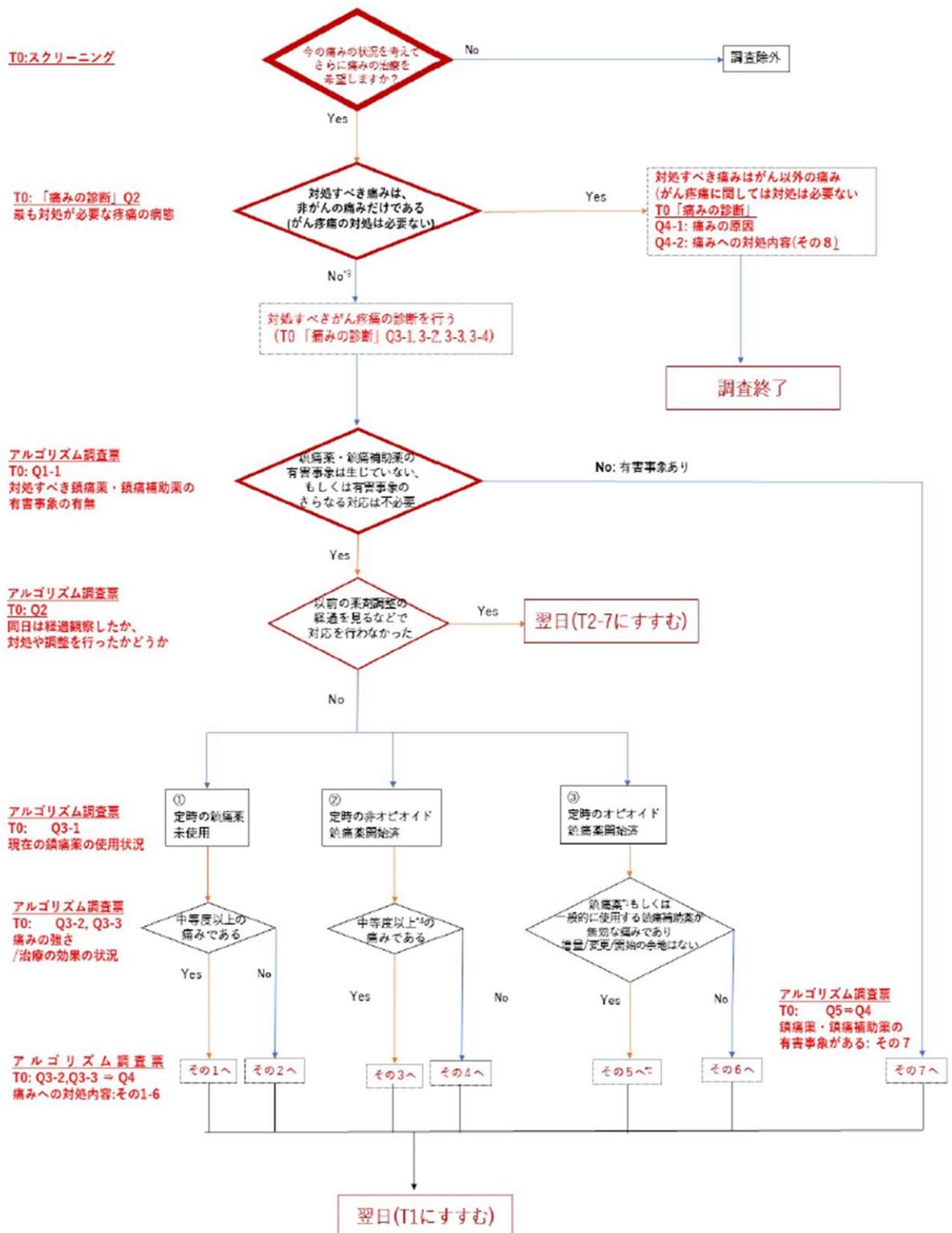
実用新案登録の予定はない。

3. その他

特記事項はない。

がん疼痛の薬物治療での症状緩和に関する治療アルゴリズム (T0)

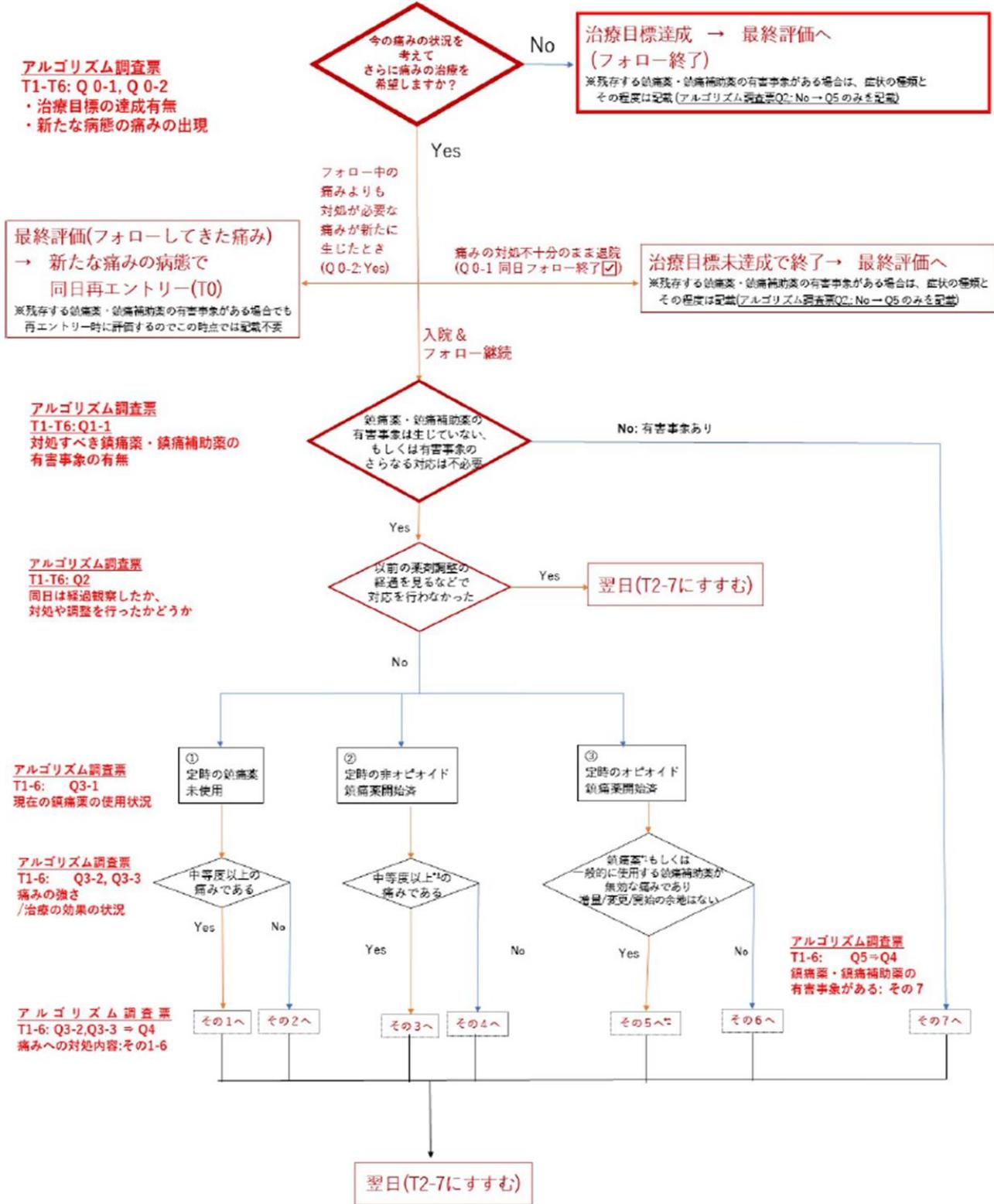
| 非オピオイド鎮痛薬 (内服薬、坐薬、注射薬) | オピオイド鎮痛薬 (内服薬、坐薬、注射薬) | 強オピオイド |
|---------------------------|--|--|
| ・NSAIDs ・アセトアミノフェン | ・弱オピオイド ・コデイン ・トラマドール ・アプレノルフィン | ・モルヒネ ・オキシドロン ・フェンタニル ・タベンタドール ・ヒドロモルフォン |



*1 メサドンを除く
 *2 同日のアルゴリズム治療からは逸脱
 *3 治療関連痛(化学療法誘発性神経障害性疼痛、術後痛、放射線性障害など)、慢性痛(がんやがんの治療とは関連しない痛み)
 *4 Numerical Rating Scale(NRS)≧4、もしくはSTAS-J 2: 中等度の痛み 以上、IPOS 2: 中くらいあった 以上

がん疼痛の薬物治療での症状緩和に関する治療アルゴリズム (T1-6)

| | | |
|---|---|--|
| 非オピオイド鎮痛薬 (内服薬、坐薬、注射薬) ・NSAIDs ・アセトアミノフェン | オピオイド鎮痛薬 (内服薬、坐薬、注射薬) ・弱オピオイド ・コデイン ・トラマドール ・ブレンノルフィン | ・強オピオイド ・モルヒネ ・オキシコドン ・フェンタニル ・タベンタドール ・ヒドロコルモフォン |
|---|---|--|



*1 メサドンを除く
 *2 同日のアルゴリズム治療からは逸脱
 *4 Numerical Rating Scale(NRS)≥4、もしくはSTAS-J 2: 中等度の痛み 以上、IPOS 2: 中くらいあった 以上

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究
難治性のがん疼痛および症状に関する全国調査：難治性がん疼痛治療の実態調査

研究分担者 松本 禎久 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院 緩和医療科長

研究協力者 上原 優子 順天堂大学大学院 医学研究科 緩和医療学研究室
加藤 雅志 国立がん研究センター がん対策情報センター
小杉 寿文 佐賀県医療センター好生館 緩和ケア科
曾根 美雪 国立がん研究センター 放射線診断科
中村 直樹 聖マリアンナ医科大学 放射線医学
水嶋 章郎 順天堂大学大学院 医学研究科 緩和医療学研究室
宮下 光令 東北大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野
森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科
山口 拓洋 東北大学大学院 医学系研究科 医学統計学分野

研究要旨：わが国において、難治性がん疼痛に対する専門的な治療に関しては、その適応に施設間差や医師間差があり、患者が受けられる治療には大きな差が存在すると考えられる。本研究では、わが国における難治性がん疼痛に対する治療の実態や専門医の考えを調査し、治療の障壁や課題の抽出を行うことを目的とした。1年次には、難治性がん疼痛に対する治療を行う専門医と、治療する専門医に紹介する専門医を対象に質問紙調査を行い、治療の実態や専門医の考えを明らかにした。2年次には、がん診療連携拠点病院（国指定）、がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院、在宅療養支援診療所の施設対象の質問紙調査を実施した。3年次には、調査結果に基づいて、難治性がん疼痛に対する治療の実施促進のための解決策を講じる予定である。

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いる。緩和ケアは普及してきているといわれているが、終末期がん患者は、わが国における最近の遺族調査において、痛みが少なく過ごせた割合は約半数であり、医療者が速やかに症状緩和を試みながらも、36%は苦痛緩和に至らずに最期を迎えていると報告されている。

がん疼痛は、患者の苦痛の中でも頻度も高く、Quality of Lifeを著しく障害する症状であり、患者にとって大きな問題となる。わが国においても、がん疼痛治療が患者に十分に提供されているとはいえ、さらなる改善が望まれる。

がん疼痛のうち、一般的な薬物療法のみでは十分に対応できない難治性の疼痛に対しては、神経ブロック、放射線治療、画像下治療（Interventional Radiology, IVR）などの非薬物療法、および麻薬性鎮痛薬メサドンによる疼痛治療が有効であると言われている。しかし、難治性がん疼痛に対する専門的な治療に関しては、その適応に施設間差や医師間差があり、患者が受けられる治療には大きな差が存在すると考えられる。その結果、十分に痛みが軽減せず苦痛緩和に至らない患者も多いと考えられる。実臨床における難治性がん疼痛治療の実態を把握し、その障壁や課題を明確にすることによって、難治性がん疼痛に対する治療の実施を促進するための解決策を講じることができると考えられる。解決策を講じることにより、質の高いがん疼痛治療や緩和ケアが患者に提供されるようになり、患者の苦痛を軽減することに資すると考えられる。

本研究では、わが国における難治性がん疼痛に対する治療の実態や専門医の考えを調査し、難治性がん疼痛に対する治療における障壁や課題の抽出を行うことを目的とする。

B. 研究方法

難治性がん疼痛に対する治療の実態や専門医の考えを調査するために、難治性がん疼痛を診療する専門医を対象とした質問紙調査、および施設を対象とした質問紙調査を実施する。本調査における難治性がん疼痛に対する治療は、神経ブロック、脊髄鎮痛法、放射線治療、IVR、経口メサドンとした。また、緩和医療専門医・認定医に対しては、免疫関連有害事象（Immune-related Adverse Events, irAE）に関する経験・知識と考えも尋ねた。

【専門医を対象とした質問紙調査】

難治性がん疼痛に対する治療を行う専門医と、治療する専門医に紹介する専門医を対象に質問紙調査を行った。難治性がん疼痛に対する治療を行う専門医は、緩和医療専門医・認定医、ペインク

リニック専門医、IVR 専門医、在宅医療専門医とした。紹介する専門医は、がん治療認定医、在宅医療専門医とした。

対象者の適格規準は、各団体がホームページ上で公表している認定医・専門医の名簿に名前がある認定医・専門医、または各団体が提供する認定医・専門医のリストや宛名ラベルが用意できる認定医・専門医とした。また、除外規準は、①日本に在住していない者、②所属先が不明、または所属先が存在しない者、③臨床を行わないと考えられる研究機関等が主な所属先である者、④介護施設が主な所属先である者、⑤逝去されている者、⑥歯科医師、⑦ペインクリニック専門医およびがん治療認定医のうち医院・診療所・クリニックが主な所属先である者、⑧その他、研究者が不適と判断した者、とした。がん治療認定医に関しては、対象者が多いため、乱数表を用いて選択した 800 名を対象とした。

質問紙の内容は、エキスパート間の協議により決定し、共通項目である対象者の背景を除き、専門医により異なる内容となった。以下に主な質問内容を示す。

<緩和医療専門医・認定医>

- ・経口メサドンについての現状と考え
- ・がんの痛みが十分に緩和されない時の対応
- ・がんの痛みの治療の現状と改善策に関する考え
- ・難治性のがん疼痛と心理社会的な要因やスピリチュアルな要因についての考え
- ・irAEに関する経験・知識と考え

<ペインクリニック専門医>

- ・腹腔神経叢ブロック、フェノールを用いた会陰部痛に対するブロック、硬膜外鎮痛法、くも膜下鎮痛法、それぞれについての現状と考え
- ・がんの痛みが十分に緩和されない時の対応
- ・がんの痛みの治療の現状と改善策に関する考え
- ・難治性のがん疼痛と心理社会的な要因やスピリチュアルな要因についての考え

<IVR 専門医>

- ・腹腔神経叢ブロック、経皮的椎体形成術・骨形成術、骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術、それぞれについての現状と考え

<在宅医療専門医>

- ・経口メサドンについての現状と考え
- ・がんの痛みが十分に緩和されない時の対応
- ・がんの痛みの治療の現状と改善策に関する考え（専門家に求めることも含む）
- ・難治性がん疼痛を有する患者の経験数
- ・これまでの専門的な鎮痛法の経験

<がん治療認定医>

- ・がんの痛みが十分に緩和されない時の対応
- ・がんの痛みの治療の現状と改善策に関する考え（専門家に求めることも含む）

- ・難治性がん疼痛を有する患者の経験数
- ・これまでの専門的な鎮痛法の経験

質問紙調査は、国立がん研究センター研究倫理審査委員会により、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等の指針の適用範囲にいずれも該当しないため、研究倫理審査不要という判断を受けた後に実施した。

各専門医に対する質問紙の発送は、2020年2月より順次行った。質問紙発送後おおよそ2週間経過した時点で質問紙の返送がない対象者に対して、葉書による督促を一度行った。質問紙の最終的な受領期限は、2020年4月とした。

【施設を対象とした質問紙調査】

がん診療連携拠点病院（国指定）、がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院、在宅療養支援診療所を対象に、質問紙調査を行った

対象施設は、がん診療連携拠点病院（国指定）については、令和2年4月1日時点で厚生労働省が公表している一覧表を利用して、リストを作成し、全402施設を対象とした。ここでいうがん診療連携拠点病院とは、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院（高度型）、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院（特例型）、国立がん研究センター、特定領域がん診療連携拠点病院である（地域がん診療病院は含まない）。がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院については、『「早期からの緩和ケア」の実態に関する全国施設調査（研究代表者：武藤 学、研究事務局：采野 優）』で利用したリストを利用して作成した。『「早期からの緩和ケア」の実態に関する全国施設調査』では、医事日報社より平成29年10月に入手した全国病院情報データを購入手し利用している。同社は、当時各地方厚生局ホームページの「全保険医療機関一覧表」から最新の医療機関情報を同定し、郵送法で情報の追加・更新を行っていた。『「早期からの緩和ケア」の実態に関する全国施設調査』で利用したリストに記載のある全病院について、研究者がホームページ等により現状を確認し、必要に応じて修正を行ない、今回の研究で使用するリストを作成した。リスト化された8123施設のうち、各都道府県の人口に比例した都道府県ごとの病院数を決定したうえで、さらに乱数表を用いてランダムに955施設を抽出し、合計した1000施設のみに質問紙を送付した。在宅療養支援診療所については、日本医師会が作成した地域医療情報システム（令和2年12月1日時点）を用いて、在宅療養支援診療所を都道府県ごとに検索し同定してリストを作成した。リスト化された14822施設のうち、各都道府県の人口に比例した都道府県ごとの診療所数を決定したうえで、乱数表を用いてランダムに1000施設を抽出し、抽

出された1000施設のみに質問紙を送付した。

また、がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院および在宅療養支援診療所においては、以下の3つの除外基準を適用した；①50床未満の病院、②精神科、小児科、産科を主とする入院診療を行っている病院、③以下の「診療科や診療体系を表す言葉」が病院名称に含まれる病院（脳神経・卒中・てんかん・循環器・血管・心臓・整形外科・手の外科・脊椎・関節・リウマチ・リハビリ（リハビリテーション）・眼科・健診・検診・美容・救急・ハート）。ただし、除外とする「診療科や診療体系を表す言葉」以外にも名称に含まれる病院についてはホームページ等で確認のうえ除外とするかを個々に決定し、「ハート」については複数の意味を含むため、ホームページ等で確認のうえ除外とするかを個々に決定した。

各施設に対する質問紙の発送は、2021年1月より順次行った。質問紙発送後質問紙の返送がない施設に対して、葉書による督促を一度行った。

質問紙回答の最終的な受領期限は、2021年4月末を予定した。

（倫理面への配慮）

本研究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

【専門医を対象とした質問紙調査】

各専門医の質問紙の送付および返送状況を表に示す。有効回答率は、46.7～64.8%と高い割合であった。

多くの結果が得られているが本年度報告書ではペインクリニック専門医における代表的な結果のみを記す。

ペインクリニック専門医においては、各処置を現在実施できると回答した割合は、腹腔神経叢ブロック49.5%、フェノールを用いた会陰部痛に対するブロック55.2%、硬膜外鎮痛法75.2%、くも膜下鎮痛法40.9%であった。一方で、過去3年間での実施件数が0件と回答したペインクリニック専門医は、腹腔神経叢ブロック59.1%、フェノールを用いた会陰部痛に対するブロック62.8%、硬膜外鎮痛法47.5%、くも膜下鎮痛法79.8%であり、10件以上実施した専門医は、それぞれ8.7%、3.6%、12.9%、

2.5%であった。また、多変量解析の結果、「1年間に診療する痛みのあるがん患者数」「症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい」「時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい」「自施設での導入が容認されない」といった背景因子やバリア因子と、各治療の実施が関連していた。

| 専門医 | 対象者数 | 除外 | 送付者数 | 有効回答数(率) |
|-------------|-------|------|-------|---|
| 緩和医療専門医・認定医 | 762名 | 3名 | 759名 | 492名(64.8%) |
| ペインクリニック専門医 | 1525名 | 413名 | 1112名 | 545名(49.0%) |
| IVR専門医 | 1087名 | 0名 | 1087名 | 554名(51.0%) |
| 在宅医療専門医 | 308名 | 0名 | 308名 | 144名(46.7%) |
| がん治療認定医 | 800名 | 0名 | 800名 | 412名(51.5%) うち緩和医療医・ペインクリニック医13名を除き399名を解析 |

【施設を対象とした質問紙調査】

2021年4月16日現在、質問紙を回収している途中である。

D. 考察

1年次は、難治性がん疼痛に対する治療に関する質問紙調査を、専門医を対象に実施した。2年次には、施設を対象とした質問紙調査を実施し、また専門医対象とした質問紙調査の結果を解析した。3年次には、施設を対象とした質問紙調査の解析を完了し、専門医対象および施設対象の2つの調査の解析結果を合わせて考察し、分析することを予定している。専門医対象と施設対象の2つの調査結果を分析することにより、難治性がん疼痛に対する神経ブロックや放射線治療、IVRなどの非薬物療法やメサドンによる薬物療法について、より多角的な視点で、わが国における治療の実態、および障壁や課題について検討することが可能となると考えられる。

わが国における難治性がん疼痛に対する治療の実態を明らかにし、治療における障壁や課題の抽出を行い、適応があるのに実施できていない原因を明

らかにすることにより、地域に応じた解決策を講じることができると考えられる。

E. 結論

1年次は、専門医を対象とした、難治性がん疼痛に対する治療に関する質問紙調査を実施した。2年次には、専門医対象の調査結果を解析し、施設対象の調査を実施した。専門医対象の調査では、各専門医による難治性がん疼痛に対する治療の実施状況や考え方、バリア、また難治性疼痛に対する考え方や知識などが明らかになった。3年次には、引き続き専門医対象ならびに施設対象それぞれの調査結果を解析し、調査結果に基づいて、難治性がん疼痛に対する治療の実施促進のための解決策の検討・提案を行う予定である。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Matsuoka H, Iwase S, Miyaji T, Kawaguchi T, Ariyoshi K, Oyamada S, Satomi E, Ishiki H, Hasuo H, Sakuma H, Tokoro A, Matsuda Y, Tahara K, Otani H, Ohtake Y, Tsukuura H, Matsumoto Y, Hasegawa Y, Kataoka Y, Otsuka M, Sakai K, Nakura M, Morita T, Yamaguchi T, Koyama A. Predictors of duloxetine response in patients with neuropathic cancer pain: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 28(6): 2931-2939, 2020.

2) Mori M, Morita T, Matsuda Y, Yamada H, Kaneishi K, Matsumoto Y, Matsuo N, Odagiri T, Aruga E, Watanabe H, Tatara R, Sakurai H, Kimura A, Katayama H, Suga A, Nishi T, Shirado AN, Watanabe T, Kuchiba A, Yamaguchi T, Iwase S. How successful are we in relieving terminal dyspnea in cancer patients? A real-world multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer*. 28(7): 3051-3060, 2020.

3) Fujisawa D, Umemura S, Okizaki A, Satomi E, Yamaguchi T, Miyaji T, Mashiko T, Kobayashi N, Kinoshita H, Mori M, Morita T, Uchitomi Y, Goto K, Ohe Y, Matsumoto Y. A nurse-led, screening-triggered early specialized palliative care intervention program for patients with advanced lung cancer: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMJ Open* 10: e037759, 2020.

4) Maeda I, Ogawa A, Yoshiuchi K, Akechi T, Morita T, Oyamada S, Yamaguchi T, Imai K,

Sakashita A, Matsumoto Y, Uemura K, Nakahara R, Iwase S; Phase-R Delirium Study Group. Safety and effectiveness of antipsychotic medication for delirium in patients with advanced cancer: A large-scale multicenter prospective observational study in real-world palliative care settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 14; 67: 35-41, 2020.

5) Tagami K, Kawaguchi T, Miura T, Yamaguchi T, Matsumoto Y, Watanabe YS, Uehara Y, Okizaki A, Inoue A, Morita T, Kinoshita H. The association between health-related quality of life and achievement of personalized symptom goal. *Support Care Cancer*. 28(10): 4737-4743, 2020.

6) Amano K, Maeda I, Ishiki H, Miura T, Hatano Y, Tsukuura H, Taniyama T, Matsumoto Y, Matsuda Y, Kohara H, Morita T, Mori M; East-Asian collaborative cross-cultural Study to Elucidate the Dying process (EASED) Investigators. Effects of enteral nutrition and parenteral nutrition on survival in patients with advanced cancer cachexia: Analysis of a multicenter prospective cohort study. *Clin Nutr*. 40(3): 1168-1175, 2021.

7) 上原優子, 松本禎久, 三浦智史, 小林直子, 五十嵐隆志, 吉野名穂子. メサドンの先行オピオイドへの上乗せによって痛みの増強なく安全なオピオイドスイッチングが可能であった難治性がん疼痛の1例. *Palliat Care Res* 2020 ; 15 : 65-69

8) 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. がん治療中の患者を支援するための地域包括ケアにおける望ましい医療連携. *大阪大学看護学雑誌*. 27: 1-8, 2021.

9) 飯野 由恵, 岡野 渉, 三浦 智史, 松本 禎久, 林 隆一. 食べる・話すをサポートする: 摂食嚥下障害・コミュニケーション障害を有する患者への対応. *MB Med Reha*. 247: 58-68, 2020.

10) 松本禎久. がん治療と緩和医療の今 麻酔科医への期待. *LiSA*. 27(12): 1258-1263, 2020.

11) 小杉和博, 松本禎久. 痛み+せん妄への考え方と方法 オピオイドの調整に腐心して. *緩和ケア*. 30 (3) : 201-205, 2021.

12) 松本禎久. ACP の世界的な潮流. まるっと! アドバンス・ケア・プランニング. 宇井睦人編, Pp12-15. 南山堂 (東京), 2020.

13) 松本禎久. 傾眠 ぼーっとしています. 緩和ケアレジデントの鉄則. 西智弘, 松本禎久, 森雅紀, 山口崇, 柏木秀行編. Pp141-147. 医学書院(東京), 2020.

14) 矢島緑, 松本禎久. 神経障害性疼痛. がん治療医が本当に知りたかった緩和ケアのレシピ. 倉田宝保監修, 蓮尾英明編, Pp121-125. メジカルビュー社 (東京), 2020.

15) 臼井優子, 松本禎久. 早期からの緩和ケアって

実際何をやるの?. がん治療医が本当に知りたかった緩和ケアのレシピ. 倉田宝保監修, 蓮尾英明編. Pp285-287. メジカルビュー社 (東京), 2020.

2. 学会発表

- 1) 松本 禎久, 上原 優子, 中村 直樹, 小杉 寿文, 曾根 美雪, 水嶋 章郎, 加藤 雅志, 宮下 光令, 山口 拓洋, 里見 絵理子. 放射線放射線治療への期待: 難治性がん疼痛に対する専門医対象質問紙調査. 口演 (合同シンポジウム). 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020 (オンライン), 2020年8月9日-10日.
- 2) 上原 優子, 松本 禎久, 三浦 智史, 小杉 和博, 臼井 優子, 井上 裕次郎, 夏目 まいか, 寺田 立人, 結城 緑, 下津浦 康隆, 服部 友歌子. 当院における難治性がん疼痛に対する持続くも膜下鎮痛法についての後方視的検討. ポスター. 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020 (オンライン), 2020年8月9日-10日.
- 3) 沖崎 歩, 松本 禎久, 梅村 茂樹, 小林 直子, 藤澤 大介, 森田 達也, 山口 拓洋, 森 雅紀, 木下 寛也, 内富 庸介. 進行がん患者に対するスクリーニングを組み合わせた看護師主導による治療早期からの専門的緩和ケア介入プログラムの臨床的有用性を検証する無作為比較試験. ポスター. 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020 (オンライン), 2020年8月9日-10日.
- 4) 寺田 立人, 小杉 和博, 西口 洋平, 三浦 智史, 藤澤 大介, 松本 禎久, 上原 優子, 川口 崇, 泉 夏代, 竹鼻 淳. がん患者が 18 歳未満の子どもに自身のがんを伝える背景因子の検討. ポスター. 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020 (オンライン), 2020年8月9日-10日.
- 5) 夏目 まいか, 里見 絵理子, 浅石 健, 芹澤 直紀, 横田 小百合, 久保 絵美, 清水 正樹, 木内 大佑, 石木 寛人, 松本 禎久, ヒドロモルフォン注の換算比に関する検討. ポスター. 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020 (オンライン), 2020年8月9日-10日.
- 6) 松沼 亮, 猪狩 智生, 鈴木 梢, 松田 能宣, 松本 禎久, 森 雅紀, 山口 崇, 渡邊 紘章. COVID-19 患者の呼吸困難と咳嗽への対応に関する手引きの作成. ポスター. 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020 (オンライン). 2020年8月9日-10日.
- 7) 荒井 保典, 全田 貞幹, 松本 禎久, 中村 直樹, 高木 辰哉, 小林 英介, 荒木 和浩, 山本 紘司, 三枝 祐輔, 宮路 天平, 小林 達伺, 曾根 美雪, 内富 庸介. 有痛性骨転移に対する緩和的動脈塞栓術の検証的臨床試験 (PALEM trial: JIVRSG/J-SUPPORT1903) 構築の取り組み (第1報)について. ポスター. 緩和・支持・心のケ

ア合同学術大会 2020（オンライン）, 2020 年 8 月 9 日-10 日.

8) 荒井 保典, 曾根 美雪, 全田 貞幹, 山本 紘司, 内富 庸介, 松本 禎久, 高木 辰哉, 小林 英介, 荒木 和浩, 宮路 天平. 有痛性骨転移に対する緩和的動脈塞栓術の臨床経験と Evidence 構築への取り組み. 口演（シンポジウム）. 第 49 回日本 IVR 学会（神戸およびオンライン：ハイブリッド開催）, 2020 年 8 月 25 日-27 日.

9) 松倉 聡, 奥野 憲司, 松本 禎久, 古田 達之, 石橋 正樹, 古賀 友之, 織田 暁寿. 柏モデルにおける意思決定支援のガイドラインを用いた望まない救急要請を減らす取り組み. 口演（パネルディスカッション）. 第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会（オンライン）, 2020 年 8 月 27 日-28 日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記事項なし

難治性のがん疼痛に関する全国調査 (がん診療連携拠点病院 対象)

アンケートの回答方法

- 2ページ目は病院長または事務の方がご回答ください。
- 3ページ以降 A~H の各質問紙は、各処置実施する診療科の医師、または実施する医師がいない場合は適応を判断できる医師（緩和ケア担当医師など）に質問紙をお渡しいただきご回答いただけますようお願いいたします。
- 病院長または事務の方は、お手数ですが、表紙、2ページ目および A~H の各質問紙をまとめて、同封の返信用封筒にてご返信くださいますようお願いいたします。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、できれば正確な数値ご回答ください。わからない場合は おおよその数値をご回答いただいても構いません。
- 回答はすべて統計的に処理し、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありませんが、都道府県ごとの状況を公表する可能性があります。

記入例

| | | |
|------------------------|-------|--------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | ①. はい | 2. いいえ |
|------------------------|-------|--------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

本調査にご協力いただけない場合には、下記にチェックをして返信用封筒でご返送ください

調査には協力しません

※このページは病院長または事務の方がご回答ください

あなたが所属する医療機関について教えてください。(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

問 1. 医療機関の所在地

| | |
|-------|--|
| 都道府県名 | |
|-------|--|

問 2. 医療機関の種類 (複数回答可)

| | |
|-------------------|-------------|
| 1. 大学病院 | 2. 臨床研修指定病院 |
| 3. 都道府県がん診療連携拠点病院 | 4. その他 () |

問 3. 総病床数

| |
|-------|
| () 床 |
|-------|

問 4. 1) 緩和ケア病棟の有無

| |
|---------------|
| 1. ある ・ 2. ない |
|---------------|

2) 放射線治療科の病床の有無

| |
|---------------|
| 1. ある ・ 2. ない |
|---------------|

問 5. 年間の新規がん患者数

(2019年4月1日～2020年3月31日)

| |
|-------|
| () 人 |
|-------|

※ がん患者数等は、がんを主たる病名に確定診断されたものについて計上してください 算出できる近年の数値でも結構です

問 6. 年間の院内死亡がん患者数

(2019年4月1日～2020年3月31日)

| |
|-------|
| () 人 |
|-------|

※ 算出できる近年の数値でも結構です

問 7. 緩和ケアチームによる年間の新規診療症例数

(2019年4月1日～2020年3月31日)

| |
|-------|
| () 人 |
|-------|

※ 算出できる近年の数値でも結構です

問 8. あなたの勤務する医療機関の下記の専門職員の人数

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| 緩和医療専門医 | () 人 |
| 緩和医療認定医 | () 人 |
| ペインクリニック専門医 | () 人 |
| 麻酔科専門医 | () 人 |
| 放射線治療専門医 | 常勤 () 人 非常勤 () 人 |
| IVR 専門医 | () 人 |
| 循環器内科専門医 | () 人 |
| がん看護専門看護師 | () 人 |
| 緩和ケア認定看護師 および がん性疼痛看護認定看護師 | () 人 |
| がん放射線療法看護認定看護師 | () 人 |

A. 膵がんによる痛みに対する腹腔神経ブロック（または内臓神経ブロック）
 に対応する診療科の責任者がご回答ください（麻酔科、ペインクリニック、緩和医療科など）。該当者がいない場合は緩和ケアチームの代表医師がご回答ください。

A. 膵がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）についてお尋ねします。

I. 自施設において膵がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|----------------|-----------|-------|-------|---------|------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | | | | | | | | |
| ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を () 内にご記載ください。 | | | | | | | | |
| <table> <tr> <td>1. 緩和医療科・緩和ケア科</td> <td>2. ペインクリニック科・麻酔科</td> </tr> <tr> <td>3. 放射線診断科・IVR科</td> <td>4. 放射線治療科</td> </tr> <tr> <td>5. 内科</td> <td>6. 外科</td> </tr> <tr> <td>7. 整形外科</td> <td>8. その他 ()</td> </tr> </table> | 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 | 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 | 5. 内科 | 6. 外科 | 7. 整形外科 | 8. その他 () |
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 | | | | | | | |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 | | | | | | | |
| 5. 内科 | 6. 外科 | | | | | | | |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () | | | | | | | |

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| |
|----------------------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先:) |

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間についてお答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

(裏面へ続く)

Ⅱ. 腓骨がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）について、実施（利用）の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|----------------|
| 1. 障壁がある →質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問Ⅳへ |

Ⅲ.Ⅱ.で「1. 障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。実施（利用）の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 技術的に実施できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない(他の業務が多忙など) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 実施（利用）後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 実施するための機器、設備、薬品がない/使用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 施設で実施することを承認されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 関連科の協力が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. 腓骨がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) 手技について、実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 治療の適応を判断するトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |

B. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック
 に対応する診療科の責任者がご回答ください（麻酔科、ペインクリニック、緩和
 医療科など）。該当者がいない場合は緩和ケアチームの代表医師がご回答ください。

B. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックについてお尋ねいたします

I. 自施設においてがんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックを実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☐をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|----------------|-----------|-------|-------|---------|------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | | | | | | | | |
| ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を（ ）内にご記載ください。 | | | | | | | | |
| <table> <tr> <td>1. 緩和医療科・緩和ケア科</td> <td>2. ペインクリニック科・麻酔科</td> </tr> <tr> <td>3. 放射線診断科・IVR科</td> <td>4. 放射線治療科</td> </tr> <tr> <td>5. 内科</td> <td>6. 外科</td> </tr> <tr> <td>7. 整形外科</td> <td>8. その他 ()</td> </tr> </table> | 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 | 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 | 5. 内科 | 6. 外科 | 7. 整形外科 | 8. その他 () |
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 | | | | | | | |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 | | | | | | | |
| 5. 内科 | 6. 外科 | | | | | | | |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () | | | | | | | |

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| |
|----------------------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先:) |

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください
 ※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間についてお答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

（裏面へ続く）

Ⅱ. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックについて、実施（利用）の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|-----------------|
| 1. 障壁がある → 質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない → 質問Ⅳへ |

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。実施（利用）の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 技術的に実施できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 実施（利用）後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 実施するための機器、設備、薬品がない/使用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 施設で実施することを承認されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 関連科の協力が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. 会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックの教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) 手技について、実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 治療の適応を判断するトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |

C. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法

に対応する診療科の責任者がご回答ください（麻酔科、ペインクリニック、緩和医療科など）。該当者がいない場合は緩和ケアチームの代表医師がご回答ください。

C. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法についてお尋ねいたします（周術期に使用するための硬膜外鎮痛法は除きます）。

I. 自施設においてがん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法を実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|--|------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | |
| ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を（ ）内にご記載ください。 | |
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 |
| 5. 内科 | 6. 外科 |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () |

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|----------------------------------|--|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先:) | |

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間についてお答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

（裏面へ続く）

Ⅱ. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法について、実施（利用）の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|----------------|
| 1. 障壁がある →質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問Ⅳへ |

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。実施（利用）の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|---|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 技術的に実施できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 実施（利用）後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 実施するための機器、設備、薬品がない/使用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者が紹介されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 施設で実施することを承認されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 関連科の協力が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) 実施（利用）後に、自施設から紹介できる地域に、紹介できる施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) 手技について、実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 治療の適応を判断するトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |

D. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法

に対応する診療科の責任者がご回答ください（麻酔科、ペインクリニック、緩和医療科など）。該当者がいない場合は緩和ケアチームの代表医師がご回答ください。

D. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法についてお尋ねいたします（周術期に使用するためのくも膜下鎮痛法は除きます）。

I. 自施設においてがん疼痛に対するくも膜下鎮痛法を実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|--|------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | |
| ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を () 内にご記載ください。 | |
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 |
| 5. 内科 | 6. 外科 |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () |

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|----------------------------------|--|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先:) | |

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間について

お答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

（裏面へ続く）

Ⅱ. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法について、実施（利用）の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|----------------|
| 1. 障壁がある →質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問Ⅳへ |

Ⅲ. Ⅱ.で「1. 障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。実施（利用）の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 技術的に実施できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 実施（利用）後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 実施するための機器、設備、薬品がない/使用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 施設で実施することを承認されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 関連科の協力が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) 実施（利用）後に、自施設から紹介できる地域に、紹介できる施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) 手技について、実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 治療の適応を判断するトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |

E. 鎮痛を目的とした放射線治療
 に対応している放射線科の責任者がご回答ください。

E. 鎮痛を目的とした放射線治療についてお尋ねします。

I. 自施設において鎮痛を目的とした放射線治療について教えてください。

| | |
|---|-------------------------------|
| i. 1 年間の症例数（のべ人数*） ※ 一連の治療を 1 例とした延べ人数でお答えください ※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間に ついてお答えください 例：2019 年 4 月 1 日～2020 年 3 月 31 日 | （ ）例/1 年 |
| ii. 単回照射を実施している | （1.はい ・ 2.いいえ） |

II. 鎮痛を目的とした放射線治療について、施設として当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|---------------------------------|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 放射線治療医は職務に専念できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 放射線治療関連のスタッフは充足していない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 実施後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 他施設または自施設内から、適応となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 放射線治療に際し緩和ケアのスタッフとの連携が取れていない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |

（裏面へ続く）

Ⅲ. 鎮痛を目的とした放射線治療の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|--|----|-----|
| 1) 放射線治療の実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 放射線治療を行う適応判断のトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、放射線治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、放射線治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 5) 放射線治療の研修の受け入れをしている | 1 | 2 |

F. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術
 に対応する診療科の責任者がご回答ください（整形外科、放射線科など）。
 該当者がいない場合は緩和ケアチームの代表医師がご回答ください。

F. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術についてお尋ねいたします。

I. 自施設において骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術を実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|----------------|-----------|-------|-------|---------|------------|
| ① 3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。 () 例/3年 | | | | | | | | |
| ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を（ ）内にご記載ください。 | | | | | | | | |
| <table> <tr> <td>1. 緩和医療科・緩和ケア科</td> <td>2. ペインクリニック科・麻酔科</td> </tr> <tr> <td>3. 放射線診断科・IVR科</td> <td>4. 放射線治療科</td> </tr> <tr> <td>5. 内科</td> <td>6. 外科</td> </tr> <tr> <td>7. 整形外科</td> <td>8. その他 ()</td> </tr> </table> | 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 | 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 | 5. 内科 | 6. 外科 | 7. 整形外科 | 8. その他 () |
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 | | | | | | | |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 | | | | | | | |
| 5. 内科 | 6. 外科 | | | | | | | |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () | | | | | | | |

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| |
|----------------------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。 () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先:) |

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください
 ※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間についてお答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

（裏面へ続く）

Ⅱ. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術について、実施（利用）の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|----------------|
| 1. 障壁がある →質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問Ⅳへ |

Ⅲ. Ⅱで「1. 障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。実施（利用）の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 技術的に実施できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 実施（利用）後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 実施するための機器、設備、薬品がない /使用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 施設で実施することを承認されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 関連科の協力が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) 手技について、実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 治療の適応を判断するトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |

G. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術

に対応する診療科の責任者がご回答ください（放射線科など）。
該当者がいない場合は緩和ケアチームの代表医師がご回答ください。

G. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術についてお尋ねいたします。

I. 自施設において骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術を実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|--|------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | |
| ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を () 内にご記載ください。 | |
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 |
| 5. 内科 | 6. 外科 |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () |

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|----------------------------------|--|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 () 例/3年 | |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先:) | |

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間についてお答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

(裏面へ続く)

Ⅱ. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術について、実施（利用）の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|----------------|
| 1. 障壁がある →質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問Ⅳへ |

Ⅲ. Ⅱで「1. 障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。実施（利用）の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 技術的に実施できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 実施（利用）後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 実施するための機器、設備、薬品がない / 使用できない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 施設で実施することを承認されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 関連科の協力が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) 実施するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) 手技について、実践・トレーニング（研修）ができる | 1 | 2 |
| 2) 治療の適応を判断するトレーニングができる（手技の実践は問わない） | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、治療についての教育をしている | 1 | 2 |

H. 難治性のがん疼痛に対するメサドンの内服治療
 についての質問は、緩和ケアチーム代表医師がご回答ください。

H. 難治性のがん疼痛に対するメサドンの内服治療についてお尋ねいたします。

I. 自施設においてがん疼痛に対するメサドンの内服治療を実施または他施設に紹介して利用していますか。
 該当する番号に☑をつけてください。

1. 自施設で処方している
 → i. の質問へ

2. 自施設で処方できない/していない
 (他施設に依頼して処方している場合を含む)
 →裏面 II. の質問へ

i. 「自施設で処方している」と回答された方にお伺いします。

① 3年間の症例数(のべ※)をご回答ください。

() 例/3年

② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください(複数回答可)。
 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を()内にご記載ください。

- 1. 緩和医療科・緩和ケア科
- 3. 放射線診断科・IVR科
- 5. 内科
- 7. 整形外科

- 2. ペインクリニック科・麻酔科
- 4. 放射線治療科
- 6. 外科
- 8. その他()

→裏面 II. の質問へ

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間について
 お答えください。例：2017年4月1日～2020年3月31日

(裏面へ続く)

Ⅱ. がん疼痛に対するメサドンの内服治療について、処方の障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|----------------|
| 1. 障壁がある →質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問Ⅳへ |

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。処方の障壁について、自施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 処方できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 処方できる医師はいるが、勤務状況のために処方できない(他の業務が多忙など) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 処方(利用)後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) メサドンが自施設で採用されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 自施設から紹介できる地域において、処方可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 自施設から紹介できる地域において、処方可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) 処方するにあたり採算が取れない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) 処方(利用)後に、自施設から紹介できる地域に、紹介できる施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅳ. がん疼痛に対するメサドンの内服治療の教育・普及についてお尋ねします。自施設として当てはまるもの1つに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| 1) メサドンの処方について、実践・トレーニング(研修)ができる | 1 | 2 |
| 2) メサドンの適応判断のトレーニングができる(処方の実践を問わない) | 1 | 2 |
| 3) 施設内のがん診療に関わる医師・看護師に対し、メサドンについての教育をしている | 1 | 2 |
| 4) 地域のがん診療に関わる医師・看護師に対し、メサドンについての教育をしている | 1 | 2 |

難治性のがん疼痛に関する全国調査 (拠点病院以外の病院 対象)

アンケートの回答方法

- 2ページ目は病院長または事務の方がご回答ください。
- 3ページ以降 A~H の各質問紙は、各処置実施する診療科の医師、または適応を判断できる医師（緩和ケア担当医師など）に回答いただけるように、該当部署に質問紙をお渡しいただけますようお願いいたします。該当者がいない場合は、病院長または代表者（医師）がご回答ください。
- 病院長または事務の方は、お手数ですが、表紙、2ページ目および A~H の各質問紙をまとめて、同封の返信用封筒にてご返信くださいますようお願いいたします。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、できれば正確な数値ご回答ください。わからない場合は **おおよその数値をご回答いただいても構いません**。
- また、**新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間について** ご回答ください。
- 回答はすべて統計的に処理し、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありませんが、都道府県ごとの状況を公表する可能性があります。

記入例

| | | |
|------------------------|-------|--------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | ①. はい | 2. いいえ |
|------------------------|-------|--------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

本調査にご協力いただけない場合には、下記にチェックをして返信用封筒でご返送ください

調査には協力しません

※このページは病院長または事務の責任者の方がご回答ください。

あなたが所属する医療機関について教えてください。(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

問 1. 医療機関の所在地

| | |
|-------|--|
| 都道府県名 | |
|-------|--|

問 2. 医療機関の種類 (複数回答可)

| | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 大学病院 | 2. 臨床研修指定病院 | 3. 地域がん診療病院 |
| 4. 在宅療養支援病院 | 5. その他 () | |

問 3. 総病床数 () 床

問 4. 緩和ケア病棟の有無 1.ある ・ 2.ない

問 5. 年間の新規がん患者数 () 人
(2019年4月1日～2020年3月31日)

※ がん患者数等は、がんを主たる病名に確定診断されたものについて計上してください 算出できる近年の数値でも結構です

問 6. 年間の院内死亡がん患者数 () 人
(2019年4月1日～2020年3月31日)

※ 算出できる近年の数値でも結構です

問 7. あなたの勤務する医療機関の下記の専門職員の人数

| | |
|----------------------------|-------|
| 緩和医療専門医 | () 人 |
| 緩和医療認定医 | () 人 |
| ペインクリニック専門医 | () 人 |
| 麻酔科専門医 | () 人 |
| 放射線治療専門医 | () 人 |
| IVR 専門医 | () 人 |
| 循環器内科専門医 | () 人 |
| 緩和ケア認定看護師 または がん性疼痛看護認定看護師 | () 人 |
| がん看護専門看護師 | () 人 |

Ⅲ.Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設で紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

A. 膵がんによる上腹部の痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）に関する質問は以上です。ありがとうございました。

Ⅲ. Ⅱで「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

B. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックに関する質問は以上です。ありがとうございました。

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

C. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法に関する質問は以上です。
ありがとうございました。

D. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法についての質問は、適応を判断できる医師がご回答ください。(麻酔科、ペインクリニック、緩和医療科など)
 該当者がいない場合は病院長または代表者(医師)がご回答ください。

D. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法についてお尋ねいたします(周術期に使用するためのくも膜下鎮痛法は除きます)。

I. 自施設においてがん疼痛に対するくも膜外鎮痛法を実施、または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施・利用できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|---|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

3年間の症例数(のべ※)をご回答ください。

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日

() 例/3年

i. の質問にご回答頂いた方は、回答終了です。ありがとうございました。

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

① 3年間の症例数(のべ※)をご回答ください。

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日

() 例/3年

② 紹介先施設をご記入ください。

(紹介先:)

ii. の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。

II. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

1. 障壁がある →裏面の質問Ⅲへ

2. 障壁はない →質問は以上です。ありがとうございました。

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

D. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法に関する質問は以上です。ありがとうございました。

E. 鎮痛を目的とした放射線治療についての質問は、
適応を判断できる医師がご回答ください（放射線科など）。
該当者がいない場合は病院長または代表者（医師）がご回答ください。

E. 鎮痛を目的とした放射線治療についてお尋ねいたします。

I. 自施設において鎮痛を目的とした放射線治療を実施、または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施・利用できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|---|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日

（ ）例/3年

i の質問にご回答頂いた方は、回答終了です。ありがとうございました。

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

① 3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日

（ ）例/3年

② 紹介先施設をご記入ください。

（紹介先： ）

ii の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。

II. 鎮痛を目的とした放射線治療について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

1. 障壁がある →裏面の質問Ⅲへ

2. 障壁はない →質問は以上です。ありがとうございました。

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

E. 鎮痛を目的とした放射線治療に関する質問は以上です。ありがとうございました。

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

F. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術に関する質問は以上です。
ありがとうございました。

G. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術についての質問は、
適応を判断できる医師がご回答ください（放射線科など）。
該当者がいない場合は病院長または代表者（医師）がご回答ください。

G. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術についてについてお尋ねします。

I. 自施設において骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術を実施、または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施・利用できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|---|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日

（ ）例/3年

i の質問にご回答頂いた方は、回答終了です。ありがとうございました。

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

① 3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。

※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください

※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日

（ ）例/3年

② 紹介先施設をご記入ください。

（紹介先： ）

ii の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。

II. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | |
|--------------------------------|
| 1. 障壁がある →裏面の質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない →質問は以上です。ありがとうございました。 |

Ⅲ. Ⅱ.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | まったく問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|------------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

G. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術に関する質問は以上です。
ありがとうございました。

H. 難治性のがん疼痛に対するメサドンの質問は、
適応を判断できる医師がご回答ください。
 該当者がいない場合は病院長または代表者（医師）がご回答ください。

H. 難治性のがん疼痛に対するメサドンの内服治療についてお尋ねします。

I. 自施設においてがん疼痛に対するメサドンの内服治療を実施していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で処方している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 自施設で処方できない/していない （他施設に依頼して処方している場合を含む） →裏面 II. の質問へ |
|---|---|

i. 「自施設で処方している」と回答された方にお伺いします。

| |
|---|
| ① 3年間の症例数（のべ※）をご回答ください。 <small>※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください</small> () 例/3年 <small>※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日</small> ② 実施しているのはどの診療科ですか。下記よりお選びください（複数回答可）。 また、「8.その他」を選択された場合、該当する診療科を（ ）内にご記載ください。 |
|---|

| | |
|----------------|------------------|
| 1. 緩和医療科・緩和ケア科 | 2. ペインクリニック科・麻酔科 |
| 3. 放射線診断科・IVR科 | 4. 放射線治療科 |
| 5. 内科 | 6. 外科 |
| 7. 整形外科 | 8. その他 () |

i の質問にご回答頂いた方は、回答終了です。ありがとうございました。

II. Iで「2. 自施設で処方できない/していない」とお答えされた方にお尋ねします。処方の障壁について、自施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 処方できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 処方できる医師はいるが、勤務状況のために処方できない(他の業務が多忙など) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) メサドンが自施設で採用されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 他施設から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

H. 難治性のがん疼痛に対するメサドンに関する質問は以上です。
ありがとうございました。

難治性のがん疼痛に関する全国調査 (在宅療養支援診療所 対象)

アンケートの回答方法

- 本アンケートは施設の代表者（医師）の方がご回答ください。
- ご回答後は、同封の返信用封筒にてご返信くださいますようお願いいたします。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、できれば正確な数値ご回答ください。わからない場合は **おおよその数値をご回答いただいても構いません。**
また、**新型コロナウイルス感染症によって診療に影響を受けていない期間について**ご回答ください。
- 回答はすべて統計的に処理し、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありませんが、都道府県ごとの状況を公表する可能性があります。

記入例

1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？

1. はい 2. いいえ

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

本調査にご協力いただけない場合には、下記にチェックをして返信用封筒でご返送ください

調査には協力しません

あなたが所属する医療機関について教えてください。（該当が複数ある場合はすべてお選びください）

問 1. 医療機関の所在地

| | |
|-------|--|
| 都道府県名 | |
|-------|--|

問 2. 医療機関の種類（複数回答可）

| | |
|-------------------|--------------|
| 1. 機能強化型在宅療養支援診療所 | 2. 在宅療養支援診療所 |
| 3. 有床診療所 | 4. 無床診療所 |
| 5. 臨床研修指定病院 | 6. その他（ ） |

問 3. 年間の新規がん患者数

（2019年4月1日～2020年3月31日）

※ がん患者数等は、がんを主たる病名に確定診断されたものについて計上してください 算出できる近年の数値でも結構です

（ ）人

問 4. がん患者の年間在宅看取り数（※施設での看取りを含む）

（2019年4月1日～2020年3月31日）

※ 算出できる近年の数値でも結構です

（ ）人

問 5. あなたの勤務する医療機関の下記の専門職員の人数

| | |
|---------------------|------|
| 緩和医療専門医 | （ ）人 |
| 緩和医療認定医 | （ ）人 |
| 在宅医療専門医 | （ ）人 |
| ペインクリニック専門医 | （ ）人 |
| 認定看護師（緩和ケア、がん性疼痛看護） | （ ）人 |
| がん看護専門看護師 | （ ）人 |

A. 腓がんによる上腹部の痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）についてお尋ねします。

I. 自施設において腓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を行うために他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用できない/していない → II. の質問へ |
|--|--|

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|---|----------|
| ① 3年間の症例数をご回答ください。 ※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください ※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日 | () 例/3年 |
| ③ 紹介先施設をご記入ください。 | (紹介先：) |

ii の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。

II. 腓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

| |
|--------------------|
| 5. 障壁がある → 質問Ⅲへ |
| 6. 障壁はない → 次ページのBへ |

III. II. で「1. 障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

B. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックについてお尋ねします。

I. 自施設においてB. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックを行うために他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 他施設に紹介して利用している → ii.の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用できない/していない → II.の質問へ |
|---|---|

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|---|-------------------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ）をご回答ください。 <small>※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください</small> <small>※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日</small> | () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 | (紹介先：) |

iiの質問にご回答頂いた方は、II.の質問にお進みください。

II. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロックについて、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

| | |
|-----------------|--------------------|
| 1. 障壁がある → 質問Ⅲへ | 2. 障壁はない → 次ページのCへ |
|-----------------|--------------------|

III. II.で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|---|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 | |

C. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法についてお尋ねいたします（周術期に使用するための硬膜外鎮痛法は除きます）。

I. 自施設においてがん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法を実施または他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で実施している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 3. 実施（利用）できない/していない → II. の質問へ |
|---|--|--|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| |
|--|
| 3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。 <small>※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください</small> () 例/3年 <small>※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日</small> |
|--|

i. の質問にご回答頂いた方は、D. の質問にお進みください。

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| |
|--|
| ① 3年間の症例数（のべ*）をご回答ください。 <small>※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください</small> () 例/3年 <small>※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日</small> |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 (紹介先：) |

ii. の質問にご回答頂いた方は、次のII. の質問にお進みください。

II. がん疼痛に対する持続的な硬膜外鎮痛法について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

| |
|---|
| 1. 障壁がある → 質問IIIへ 2. 障壁はない → 次ページのDへ |
|---|

III. II. で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

D. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法についてについてお尋ねします。

I. 自施設において、がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法を行うために他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

E. 鎮痛を目的とした放射線治療についてについてお尋ねします。

I. 自施設において、鎮痛を目的とした放射線治療を行うために他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用できない/していない → II. の質問へ |
|--|--|

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|---|-------------------------------|
| ① 3年間の症例数（のべ）をご回答ください。 ※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください ※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日 | () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 | (紹介先：) |

ii の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。

II. E. 鎮痛を目的とした放射線治療について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

| |
|---------------------------------------|
| 1. 障壁がある → 質問Ⅲへ 2. 障壁はない → 次ページのFへ |
|---------------------------------------|

III. II. で「1. 障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

F. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術についてについてお尋ねします。

I. 自施設において、骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術を行うために他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用できない/していない → II. の質問へ |
|--|--|

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|--|----------|
| ① 3年間の症例数（のべ）をご回答ください。 ※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください ※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日 日 | () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 | (紹介先：) |

ii の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。

II. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

| |
|--------------------|
| 1. 障壁がある → 質問IIIへ |
| 2. 障壁はない → 次ページのGへ |

III. II. で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

G. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術についてについてお尋ねします。

I. 自施設において、骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術を行うために他施設に紹介して利用していますか。該当する番号に○をつけてください。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 他施設に紹介して利用できない/していない → II. の質問へ |
|--|--|

ii. 「他施設に紹介して利用している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|--|----------|
| ① 3年間の症例数（のべ）をご回答ください。 ※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください ※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日 日 | () 例/3年 |
| ② 紹介先施設をご記入ください。 ii の質問にご回答頂いた方は、II. の質問にお進みください。 | (紹介先：) |

II. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術について、他施設に紹介して利用するにあたっての障壁はありますか。該当する番号に○をつけてください。

| |
|--------------------|
| 1. 障壁がある → 質問Ⅲへ |
| 2. 障壁はない → 次ページのHへ |

III. II. で「1.障壁がある」とお答えされた方にお尋ねします。他施設に紹介して利用するにあたっての障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 適応を判断できる医療者はいるが、勤務状況のために利用できない（他の業務が多忙など） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 利用後のフォローアップができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 自施設から紹介できる地域に実施可能な施設がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 治療の適応についての相談ができる窓口が分からない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 紹介先の医師と繋がりが無い（顔が見えない） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

H. 難治性のがん疼痛に対するメサドンについてお尋ねします。

I. 自施設においてがん疼痛に対するメサドンの内服治療を実施していますか。該当する番号に☑をつけてください。

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 自施設で処方している → i. の質問へ | <input type="checkbox"/> 2. 自施設で処方できない/していない (他施設に依頼して処方している場合を含む) → II. の質問へ |
|---|---|

i. 「自施設で実施している」と回答された方にお伺いします。

| | |
|--|-------------------------------|
| ① 3年間の症例数(のべ)をご回答ください。 ※ 一連の治療を1例とした延べ人数でお答えください ※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日 | () 例/3年 |
|--|-------------------------------|

i の質問にご回答頂いた方は、以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

II. Iで「2. 自施設で処方できない/していない」とお答えされた方にお尋ねします。処方の障壁について、施設として当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く問題ではない | 少し問題である | 中等度の問題がある | 大きな問題がある |
|--|----------|---------|-----------|----------|
| 1) 適応を判断できる医療者がいない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) 処方できる医師がいない/少ない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 処方できる医師はいるが、勤務状況のために処方できない(他の業務が多忙など) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) メサドンが自施設で採用されない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 他施設から、対象となる患者の紹介がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 合併症が生じた時に対応ができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 治療の適応を判断するための勉強をする機会がない | 1 | 2 | 3 | 4 |

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

「難治性のがん疼痛に対する治療」 に関する全国調査 (ペインクリニック専門医対象)

ペインクリニック専門医 の方がご回答ください

アンケートの回答方法

- ほとんどの設問は選択式になっていますので、最も当てはまる番号に○をおつけください。一部、数値や自由記述の設問もございます。
- アンケートの記入には、20分程度を要します。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、おおよその数値をご回答ください。(正確な数値でなくて結構です。)
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

| | | |
|------------------------|--|------------------------------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | <input checked="" type="radio"/> 1. はい | <input type="radio"/> 2. いいえ |
|------------------------|--|------------------------------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

I がん疼痛に対する専門的な鎮痛法に関するあなたの現状とお考えについて伺います。

1. 膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）について

a. あなた自身は、膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）を、
現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）を、
今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

| |
|------------------------|
| 約（ ）例 / 3年間 |
|------------------------|

d. 膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）について、以下についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く 思わな い | そ う 思 わ な い | ち よ ち 思 わ な い | じ や う ち も 思 え な い | ち よ ち 思 う | な ん じ う に 思 う | と ち よ ち 思 う |
|------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------------------|---|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

2. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック(サドルブロック)について

a. あなた自身は、がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック(サドルブロック)を、現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック(サドルブロック)を、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は (0) 例とお答えください

| |
|----------------------------------|
| 約 () 例 / 3年間 |
|----------------------------------|

d. がんによる会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック(サドルブロック)について、以下についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く 思わな い | そ う 思 わ な い | ち よ と 思 わ な い | じ や う と 思 え な い | ち よ と 思 う | そ う 思 う | と て ま る こ と を 思 う |
|---|----------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------|---|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14) 院内調剤が必要であるフェノールグリセリンの調剤・使用が施設内の倫理委員会や薬事委員会などで許可されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. がん疼痛に対する持続硬膜外ブロックについて

(周術期に使用するための硬膜外ブロックは除きます)

a. あなた自身は、がん疼痛に対する持続硬膜外ブロックを、現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、がん疼痛に対する持続硬膜外ブロックを、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は (0) 例とお答えください

| |
|--------------------------|
| 約 () 例 / 3年間 |
|--------------------------|

d. がん疼痛に対する持続硬膜外ブロックについて、以下についてどのように思いますか。
あなたが当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

| | 全く 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら とも いえない | やや そう 思う | そう 思う | とても 思う |
|------------------------------------|------------|------------|------------------|-------------------|----------------|----------|-----------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

4. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法（オピオイドおよび局所麻酔薬使用）について
（周術期に使用するためのくも膜下鎮痛法は除きます）

a. あなた自身は、がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法を、現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法を、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

| |
|----------------------------------|
| 約（ ）例 / 3年間 |
|----------------------------------|

d. がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法について、以下についてどのように思いますか。
あなたが当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

| | 全く 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら とも いえない | やや そう 思う | そう 思う | とても 思う |
|------------------------------------|------------|------------|------------------|-------------------|----------------|----------|-----------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14) 実施した場合、患者を紹介する施設に限られる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

II がんの痛みが十分に緩和されない時の対応についてお伺いします。

1. あなたは、がんの痛みが十分に緩和されない時に、どのような対応を取られますか。
あなたが当てはまると思うもの 1 つに〇をつけてください。

| | 相談する相手がいない | ほとんどしない | あまりしない | 時々する | よくする | 非常によくする |
|--|------------|---------|--------|------|------|---------|
| 1) 自分で本やインターネットの情報を調べる | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 自分でがんの痛みの治療に関するガイドラインを確認する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 自分で国内外の論文を調べる | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 看護師や薬剤師に他の方法をきく | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) <u>院内</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) <u>院外</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) <u>院内</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) <u>院外</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) <u>院内</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) <u>院外</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) <u>院内</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) <u>院外</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) 痛みをこれ以上和らげることが難しいことを患者に説明する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) せん妄や呼吸困難は伴わない患者で、治療抵抗性の痛みを緩和することを目的として鎮静薬を投与する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. 上記以外に、がんの痛みが十分に緩和されない時に、あなたが取る対応があれば下記にご記入ください。

Ⅲ がんの痛みの治療の現状と改善策に関するあなたの考えを伺います。

1. がんの痛みの治療の現状について、当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

痛みについては現状で対応できており、これ以上の改善策は必要ない

「5. そうですね」

1. そう思わない 2. あまりそう思わない 3. どちらともいえない 4. 少しそう思う 5. そう思う

「う思う」とお答えの方は次ページにお進みください

2. すべてのがん患者の痛みが十分に緩和されるために、以下の医療現場での対策についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 役に立たないと思う | あまり役に立たないと思う | 少し役に立つと思う | 役立つと思う | とても役立つと思う | 必須だと思う |
|---|-----------|--------------|-----------|--------|-----------|--------|
| 1) 医師の仕事（担当患者数や委員会業務など）を適正な量に減らす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2) 医師以外のスタッフ（看護師や薬剤師など）が、痛みのアセスメントやフォローアップを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3) 放射線治療や神経ブロックなど薬物療法以外の方法が確実に実施できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4) 今より気楽に専門家に相談することができる（ICT〔情報通信技術〕を用いた他施設との相談など） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、患者を直接診察する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、地域全体で診療できるようにする（複数の病院の掛け持ちや地域緩和ケアチームなど） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7) 緩和ケアチームの医師や看護師が、難治性疼痛の治療に関する知識や技術をもっと身につける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8) 施設内で、主治医と、緩和ケアチームや難治性のがん疼痛の診療経験が豊富な医師がよく連携する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9) 難治性のがん疼痛に関する手引きやアルゴリズムを整備する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10) 対応が必要な痛みがある患者をみつけるスクリーニングの方法を確立する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11) 患者が、自宅などの病院外で、タブレットなどで痛みの評価を入力すると電子カルテに記録される | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

3. その他に、医療現場がこのようになったらよいということがありましたら、下記にご記入ください。

IV 難治性のがん疼痛と、心理社会的な要因やスピリチュアルな要因について、あなたのお考えを伺います。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

※スピリチュアルな要因とは、その人の生きている意味や目的についての関心や懸念と関わりのある要因を指します。

| | 全くそう 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら とも いえない | やや そう 思う | そう 思う | とても 思う |
|--|--------------|------------|------------------|-------------------|----------------|----------|-----------|
| 1) 難治性がん疼痛を有する患者では、心理社会的な要因が痛みに影響していることもある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) 難治性がん疼痛を有する患者では、スピリチュアルな要因が痛みに影響していることもある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) あなたは、難治性がん疼痛に関与する、患者の心理社会的な要因を評価できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) あなたは、難治性がん疼痛に関与する、患者のスピリチュアルな要因を評価できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) あなたは、心理社会的な要因が関与する難治性がん疼痛への対処法について知っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) あなたは、スピリチュアルな要因が関与する難治性がん疼痛への対処法について知っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) あなたは、心理社会的な要因が関与する難治性がん疼痛への対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) あなたは、スピリチュアルな要因が関与する難治性がん疼痛への対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

V あなたご自身についてお伺いいたします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1. 男性 2. 女性

3. 医師免許取得後の臨床経験年数

() 年

4. 年間に診療するがん患者数

約 () 人/年

5. 年間に診療する痛みのあるがん患者数

約 () 人/年

6. 年間に診療期間中に死亡するがん患者数

約 () 人/年

7. 主に勤務している医療機関を選んでください。
(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

- | | | | |
|---------------|--------------------|--------|-----------------|
| 1. がん診療連携拠点病院 | 2. がん診療連携拠点病院以外の病院 | | |
| 3. 大学病院 | 4. 臨床研修指定病院 | 5. 診療所 | 6. 1~5 のいずれでもない |

8. 現在 1 週間で最も長い時間行っている診療形態を 1 つ選んでください。

- | | | | |
|------------|---------|---------|--------|
| 1. 入院・外来業務 | 2. 訪問診療 | 3. 手術麻酔 | 4. その他 |
|------------|---------|---------|--------|

9. パインクリニック以外の専門があれば選択してください (複数選択可)。

- | | | |
|------------|----------------|--------------------------|
| 1. 内科 | 7. 泌尿器科 | 13. 緩和ケア科・緩和医療科 |
| 2. 外科 | 8. 婦人科 | 14. 麻酔科 |
| 3. 総合診療科 | 9. 整形外科 | 15. パインクリニック科 |
| 4. 精神科 | 10. 腫瘍内科・化学療法科 | 16. 循環器科 |
| 5. 脳神経外科 | 11. 放射線科 | 17. その他 |
| 6. 耳鼻いんこう科 | 12. リハビリテーション科 | () |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

「難治性のがん疼痛に対する治療」 に関する全国調査 (IVR 専門医対象)

IVR 専門医 の方がご回答ください

アンケートの回答方法

- ほとんどの設問は選択式になっていますので、最も当てはまる番号に○をおつけください。一部、数値や自由記述の設問もございます。
- アンケートの記入には、10分程度を要します。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、おおよその数値をご回答ください。(正確な数値でなくて結構です。)
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

| | | |
|------------------------|--|------------------------------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | <input checked="" type="radio"/> 1. はい | <input type="radio"/> 2. いいえ |
|------------------------|--|------------------------------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

I がん疼痛に対する専門的な鎮痛法に関するあなたの現状とお考えについて伺います。

1. 膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）について

a. あなた自身は、膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）を、現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）を、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

| |
|----------------------------------|
| 約（ ）例 / 3年間 |
|----------------------------------|

d. 膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）について、以下についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに0をつけてください。

| | 全くそう 思わない | そう 思わない | ややそう 思わない | どちらとも いえない | ややそう 思う | そう 思う | とても そう思う |
|------------------------------------|--------------|------------|--------------|---------------|------------|----------|-------------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

2. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術について

a. あなた自身は、骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術を、現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術を、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|------------------|----------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施するようになりたい | 3. できれば実施したくない | 4. 実施しない |
|-------------|------------------|----------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

| |
|----------------------------------|
| 約（ ）例 / 3年間 |
|----------------------------------|

d. 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術について、以下についてどのように
思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く そう 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら とも いえ ない | やや そう 思う | そう 思う | とても そう 思う |
|------------------------------------|------------------|------------|------------------|-----------------------|----------------|----------|-----------------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない施設が多い | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術について

a. あなた自身は、骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術を、現在実施できますか

1. 実施できる

2. 実施できない/実施していない

b. あなた自身は、骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術を、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

約（ ）例 / 3年間

d. 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術について、以下についてどのように思いますか。
 あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全くそう 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら とも いえない | やや そう 思う | そう 思う | とても そう 思う |
|------------------------------------|--------------|------------|------------------|-------------------|----------------|----------|-----------------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため実施する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 実施するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため実施が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 実施にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で実施の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない施設が多い | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 実施する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

II あなたご自身についてお伺いいたします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1. 男性 2. 女性

3. 医師免許取得後の臨床経験年数

() 年

4. 年間に診療するがん患者数

(IVR 処置を実施するがん患者数でも可)

約 () 人/年

5. 年間に診療する痛みのあるがん患者数

(IVR 処置を実施する前に痛みのあるがん患者数でも可)

約 () 人/年

6. 主に勤務している医療機関を選んでください。
(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

- | | | | |
|---------------|--------------------|--------|-----------------|
| 1. がん診療連携拠点病院 | 2. がん診療連携拠点病院以外の病院 | | |
| 3. 大学病院 | 4. 臨床研修指定病院 | 5. 診療所 | 6. 1~5 のいずれでもない |

7. 現在の主な診療形態を 1 つ選んでください。

- | | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| 1. IVR | 2. 放射線画像診断 | 3. 放射線治療 | 4. その他 |
|--------|------------|----------|--------|

8. 放射線科以外の専門があれば選択してください (複数選択可)。

- | | | |
|------------|----------------|-----------------|
| 1. 内科 | 7. 泌尿器科 | 13. 緩和ケア科・緩和医療科 |
| 2. 外科 | 8. 婦人科 | 14. 麻酔科 |
| 3. 総合診療科 | 9. 整形外科 | 15. ペインクリニック科 |
| 4. 精神科 | 10. 腫瘍内科・化学療法科 | 16. 循環器科 |
| 5. 脳神経外科 | 11. 放射線科 | 17. その他 |
| 6. 耳鼻いんこう科 | 12. リハビリテーション科 | () |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

「難治性のがん疼痛に対する治療」 に関する全国調査 (がん治療認定医 対象)

がん治療認定医 の方がご回答ください

アンケートの回答方法

- ほとんどの設問は選択式になっていますので、最も当てはまる番号に○をおつけください。一部、数値や自由記述の設問もございます。
- アンケートの記入には、15分程度を要します。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、おおよその数値をご回答ください。(正確な数値でなくて結構です。)
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

| | | |
|------------------------|--|------------------------------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | <input checked="" type="radio"/> 1. はい | <input type="radio"/> 2. いいえ |
|------------------------|--|------------------------------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

I 専門医資格についてお伺いいたします。

もしあなたが、日本緩和医療学会認定の緩和医療専門医・緩和医療認定医・暫定指導医、日本ペインクリニック学会のペインクリニック専門医の資格を有している場合には、下記にチェックをして他の質問には回答されずにご返送ください。

上記の専門資格を有しています
(→ した場合は他の質問には回答されずにご返送ください)

II あなたは、がんの痛みが十分に緩和されない患者を年間どの程度経験しますか。

約 () 例 / 1年

III 以下の治療法について、あなたは、これまでに治療した患者を経験したことがありますか。以下について当てはまるものを1つ選んでください。

| | 自分自身によって、治療を行ったことがある(自分自身による処方、投薬指示、手技の実施など) | 他の医師によって、自分の担当患者に治療を行ったことがある(他の医師による処方、投薬指示、手技の実施など) | 治療法は知っているが、自分の担当患者に治療を行ったことはない | 治療法を知らない |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------|----------|
| オピオイドの持続皮下注射 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| メサドン(メサペイン®)の内服治療 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 鎮痛のための放射線治療 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 腹腔神経叢ブロック(内臓神経ブロック) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック(サドルブロック) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| がん疼痛に対する持続硬膜外ブロック | 1 | 2 | 3 | 4 |
| がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法(オピオイドおよび局所麻酔薬使用) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術 | 1 | 2 | 3 | 4 |

IV. がんの痛みが十分に緩和されない時の対応についてお伺いします。

1. あなたは、がんの痛みが十分に緩和されない時に、どのような対応を取られますか。
あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 相談する相手がいない | ほとんどしない | あまりしない | 時々する | よくする | 非常によくする |
|---|------------|---------|--------|------|------|---------|
| 1) 自分で本やインターネットの情報を調べる | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 自分でがんの痛みの治療に関するガイドラインを確認する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 自分で国内外の論文を調べる | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 看護師や薬剤師に他の方法をきく | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) 自分の診療科の他の医師に他の方法をきく | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) <u>院内</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) <u>院外</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) <u>院内</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) <u>院外</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) <u>院内</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) <u>院外</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) <u>院内</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) <u>院外</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) 痛みをこれ以上和らげることが難しいことを患者に説明する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) <u>せん妄や呼吸困難は伴わない患者で、治療抵抗性の痛みを緩和することを目的として鎮静薬を投与する</u> | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. 上記以外に、がんの痛みが十分に緩和されない時に、あなたが取る対応があれば下記にご記入ください。

V がんの痛みの治療の現状と改善策に関するあなたの考えを伺います。

1. がんの痛みの治療の現状について、当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

痛みについては現状で対応できており、これ以上の改善策は必要ない

1. そう思わない 2. あまりそう思わない 3. どちらともいえない 4. 少しそう思う 5. そう思う

「5. そう思う」とお答えの方は次ページにお進みください

2. がんの痛みに対する対応の現状に関するあなたの考えを伺います。
あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全くそう思わない | そう思わない | ややそう思わない | どちらともいえない | ややそう思う | そう思う | とてもそう思う |
|--|----------|--------|----------|-----------|--------|------|---------|
| 1) 痛みがとり切れない時に、専門的な疼痛治療について専門家にコンサルテーションを受けることができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) 痛みがとり切れない時には、患者に専門的な疼痛治療をもっと実施できるようにする必要がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、痛みのある患者をもっと診療するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、痛みのある患者をもっとトリアージ※するべきである (※ 患者の重症度に基づいて治療の優先度を決定して選別を行うこと) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、専門的な知識や技術をもっと持つべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、がん治療ががんの痛みにも有効であることをもっと知るべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) ペインクリニック・麻酔科の医師は、神経ブロックやくも膜下鎮痛をもっと実施するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) IVR 医は、鎮痛を目的とした IVR 処置をもっと実施するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 放射線治療医は、鎮痛を目的とした放射線治療をもっと実施するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. すべてのがん患者の痛みが十分に緩和されるために、以下の医療現場での対策についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 役に立たないと思う | あまり役に立たないと思う | 少し役立つと思う | 役立つと思う | とても役立つと思う | 必須だと思う |
|---|-----------|--------------|----------|--------|-----------|--------|
| 1) 医師の仕事（担当患者数や委員会業務など）を適正な量に減らす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2) 医師以外のスタッフ（看護師や薬剤師など）が、痛みのアセスメントやフォローアップを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3) 放射線治療や神経ブロックなど薬物療法以外の方法が確実に実施できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4) 今より気楽に専門家に相談することができる (ICT〔情報通信技術〕を用いた他施設との相談など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、患者を直接診察する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、地域全体で診療できるようにする（複数の病院の掛け持ちや地域緩和ケアチームなど） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7) 施設内で、主治医と、緩和ケアチームや難治性のがん疼痛の診療経験が豊富な医師がよく連携する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8) 難治性のがん疼痛に関する手引きやアルゴリズムを整備する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9) 対応が必要な痛みがある患者をみつけるスクリーニングの方法を確立する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10) 患者が、自宅などの病院外で、タブレットなどで痛みの評価を入力すると電子カルテに記録される | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

4. その他に、医療現場がこのようになったらよいということがありましたら、下記にご記入ください。

VI あなたご自身についてお伺いいたします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1. 男性 2. 女性

3. 医師免許取得後の臨床経験年数

() 年

4. 年間に診療するがん患者数

約 () 人/年

5. 年間に診療する痛みのあるがん患者数

約 () 人/年

6. 年間に診療期間中に死亡するがん患者数

約 () 人/年

7. 主に勤務している医療機関を選んでください。
(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

| | | | |
|--------------------|-------------------------|--------|----------------|
| 1. がん診療連携拠点病院（国指定） | 2. がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院 | | |
| 3. 大学病院 | 4. 臨床研修指定病院 | 5. 診療所 | 6. 1～5のいずれでもない |

8. 最も近い専門を1つ選択してください。

| | | |
|------------|----------------|-----------------|
| 1. 内科 | 7. 泌尿器科 | 13. 緩和ケア科・緩和医療科 |
| 2. 外科 | 8. 婦人科 | 14. 麻酔科 |
| 3. 総合診療科 | 9. 整形外科 | 15. ペインクリニック科 |
| 4. 精神科 | 10. 腫瘍内科・化学療法科 | 16. 循環器科 |
| 5. 脳神経外科 | 11. 放射線科 | 17. その他 |
| 6. 耳鼻いんこう科 | 12. リハビリテーション科 | () |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

難治性のがん疼痛および症状 に関する全国調査 (緩和医療医 対象)

日本緩和医療学会の専門医・認定医・暫定指導医
の方がご回答ください

アンケートの回答方法

- ほとんどの設問は選択式になっていますので、最も当てはまる番号に○をおつけください。一部、数値や自由記述の設問もございます。
- アンケートの記入には、15分程度を要します。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、おおよその数値をご回答ください。(正確な数値でなくて結構です。)
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

| | | |
|------------------------|--|------------------------------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | <input checked="" type="radio"/> 1. はい | <input type="radio"/> 2. いいえ |
|------------------------|--|------------------------------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

I がん疼痛に対する専門的な鎮痛法に関するあなたの現状とお考えについて伺います。

1. メサドンの内服治療について

a. あなた自身は、がん疼痛に対して、メサドンの内服治療を、現在実施できますか

| | |
|----------|-------------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない/実施していない |
|----------|-------------------|

b. あなた自身は、がん疼痛に対して、メサドンの内服治療を、今後、実施するつもりですか

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|
| 1. 今後も実施したい | 2. 今後実施する ようにしたい | 3. できれば実施 したくない | 4. 実施しない |
|-------------|---------------------|--------------------|----------|

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

| |
|------------------------|
| 約（ ）例 / 3年間 |
|------------------------|

d. がん疼痛に対するメサドンの内服治療について、以下についてどのように思いますか。

あなたが当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

| | 全くそう 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら とも いえない | やや そう 思う | そう 思う | とても そう 思う |
|--|--------------|------------|------------------|-------------------|----------------|----------|-----------------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため処方する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 処方するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため処方が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 処方にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で処方の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 処方する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14) 処方した場合、患者を紹介する施設に限られる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15) QT 延長を確認するために定期的に心電図検査を行うことが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16) 処方を行う前には鎮痛補助薬を積極的に処方するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17) 処方を行う前にはメサドン以外でオピオイドスイッチングを行うべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18) 個体差の大きい薬物動態を持つ薬物は避けるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19) 他の薬物との相互作用が多い薬物は避けるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

II. がんの痛みが十分に緩和されない時の対応についてお伺いします。

1. あなたは、がんの痛みが十分に緩和されない時に、どのような対応を取られますか。
あなたが当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

| | 相談する相手がいない | ほとんどしない | あまりしない | 時々する | よくする | 非常によくする |
|--|------------|---------|--------|------|------|---------|
| 1) 自分で本やインターネットの情報を調べる | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 自分でがんの痛みの治療に関するガイドラインを確認する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 自分で国内外の論文を調べる | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 看護師や薬剤師に他の方法をきく | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) <u>院内</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) <u>院外</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) <u>院内</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) <u>院外</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) <u>院内</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) <u>院外</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) <u>院内</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) <u>院外</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) 痛みをこれ以上和らげることが難しいことを患者に説明する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) せん妄や呼吸困難は伴わない患者で、治療抵抗性の痛みを緩和することを目的として鎮静薬を投与する | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. 上記以外に、がんの痛みが十分に緩和されない時に、あなたが取る対応があれば下記にご記入ください。

Ⅲ がんの痛みの治療の現状と改善策に関するあなたの考えを伺います。

1. がんの痛みの治療の現状について、当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

痛みについては現状で対応できており、これ以上の改善策は必要ない

「5. そうですね」

| | | | | |
|-----------|--------------|--------------|-----------|---------|
| 1. そう思わない | 2. あまりそう思わない | 3. どちらともいえない | 4. 少しそう思う | 5. そう思う |
|-----------|--------------|--------------|-----------|---------|

う」とお答えの方は次ページにお進みください

2. すべてのがん患者の痛みが十分に緩和されるために、以下の医療現場での対策についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの 1 つに○をつけてください。

| | 役に立たないと思う | あまり役立たないと思う | 少し役立つと思う | 役立つと思う | とても役立つと思う | 必須だと思う |
|---|-----------|-------------|----------|--------|-----------|--------|
| 1) 医師の仕事（担当患者数や委員会業務など）を適正な量に減らす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2) 医師以外のスタッフ（看護師や薬剤師など）が、痛みのアセスメントやフォローアップを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3) 放射線治療や神経ブロックなど薬物療法以外の方法が確実に実施できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4) 今より気楽に専門家に相談することができる (ICT〔情報通信技術〕を用いた他施設との相談など) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、患者を直接診察する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、地域全体で診療できるようにする（複数の病院の掛け持ちや地域緩和ケアチームなど） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7) 緩和ケアチームの医師や看護師が、難治性疼痛の治療に関する知識や技術をもっと身につける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8) 施設内で、主治医と、緩和ケアチームや難治性のがん疼痛の診療経験が豊富な医師がよく連携する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9) 難治性のがん疼痛に関する手引きやアルゴリズムを整備する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10) 対応が必要な痛みがある患者を見つけるスクリーニングの方法を確立する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11) 患者が、自宅などの病院外で、タブレットなどで痛みの評価を入力すると電子カルテに記録される | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

3. その他に、医療現場がこのようになったらよいということがありましたら、下記にご記入ください。

IV 難治性のがん疼痛と、心理社会的な要因やスピリチュアルな要因について、あなたのお考えを伺います。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

※スピリチュアルな要因とは、その人の生きている意味や目的についての関心や懸念と関わりのある要因を指します。

| | 全くそう 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | どちら か ま い え ない | やや そう 思う | そう 思う | とても そう 思う |
|--|--------------|------------|------------------|-------------------------------|----------------|----------|-----------------|
| 1) 難治性がん疼痛を有する患者では、心理社会的な要因が痛みに影響していることもある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) 難治性がん疼痛を有する患者では、スピリチュアルな要因が痛みに影響していることもある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) あなたは、難治性がん疼痛に関与する、患者の心理社会的な要因を評価できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) あなたは、難治性がん疼痛に関与する、患者のスピリチュアルな要因を評価できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) あなたは、心理社会的な要因が関与する難治性がん疼痛への対処法について知っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) あなたは、スピリチュアルな要因が関与する難治性がん疼痛への対処法について知っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) あなたは、心理社会的な要因が関与する難治性がん疼痛への対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) あなたは、スピリチュアルな要因が関与する難治性がん疼痛への対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

V 症状評価における「方言」の役割について伺います。あなたの勤務している地域の方言で、緩和ケアを行う上で医師が知っておかないと診療上困る（苦痛のアセスメントができない）ことに通じる方言と意味について、思いつくものがあれば3つまで教えてください。

| 方言 | 意味 |
|----------|-------|
| (例) こんきい | 息が苦しい |
| | |
| | |
| | |

VI 抗がん治療終了後の患者における、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）や免疫関連有害事象（irAE）に関して、あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけて下さい。

| |
|--|
| 1) ICI 治療後の患者の診療をしたことがある 1. ない 2. 1～5 例 3. 6～10 例 4. 11～20 例 5. 21 例～ |
| 2) ICI 治療後の患者の診療中に irAE を疑ったことがある |

| | 1. ない | 2. 1～5 例 | 3. 6～10 例 | 4. 11～20 例 | 5. 21 例～ | |
|--|--------------|------------|------------------|----------------|----------|-----------|
| 3) 自施設に irAE の対応マニュアルが存在する | 1. 存在する | 2. 作成中 | 3. 存在しない | 4. わからない | | |
| | 全くそう 思わない | そう 思わない | やや そう 思わない | やや そう 思う | そう 思う | とても 思う |
| 4) irAE の病態、発症時期、発現臓器、治療法を知っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5) がん治療医から ICI の治療歴のある患者が紹介される時に、ICI での治療歴が診療録や紹介状に記載されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6) がん治療医から ICI の治療歴のある患者が紹介される時に、irAE の既往が診療録や紹介状に記載されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7) irAE について患者・家族へ自信をもって説明できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8) irAE を疑う場合、速やかにがん治療医に相談できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9) 日本臨床腫瘍学会のがん免疫療法ガイドラインを知っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10) irAE の兆候や症状に気付くことができるか不安である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11) irAE の治療をすることに不安を感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12) irAE も病状悪化の症状の一つだと思う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13) 予後 3 か月以上の患者の irAE は治療する必要がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14) 予後 1 か月以上～3 か月未満の患者の irAE は治療する必要がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15) 予後 2 週以上～1 か月未満の患者の irAE は治療する必要がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16) 予後 2 週未満の患者の irAE は治療する必要がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17) がん治療医以外が ICI 治療後の患者を診療するためにはがん治療医のフォローアップも必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18) がん治療医以外が irAE 発症後の患者を診療するためにはがん治療医のフォローアップも必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19) ICI 治療後や irAE 発症後の患者を診療する上で、どのようなことがあれば安心して診療することができますか。あなたが <u>当てはまると思うもの全てに○をつけて下さい。</u> 1. 講習会 2. e-Learning 3. ガイドライン 4. がん治療医に相談できる体制 5. がん治療医の併診 6. 患者家族への説明マニュアル 7. いずれがあっても診療できない | | | | | | |

Ⅶ あなたご自身についてお伺いいたします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1. 男性 2. 女性

3. 医師免許取得後の臨床経験年数

() 年

4. 年間に診療するがん患者数

約 () 人/年

5. 年間に診療する痛みのあるがん患者数

約 () 人/年

6. 年間に診療期間中に死亡するがん患者数

約 () 人/年

7. 主に勤務している医療機関を選んでください。
(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

- | | | | |
|---------------|--------------------|--------|----------------|
| 1. がん診療連携拠点病院 | 2. がん診療連携拠点病院以外の病院 | | |
| 3. 大学病院 | 4. 臨床研修指定病院 | 5. 診療所 | 6. 1~5のいずれでもない |

8. 現在 1 週間で最も長い時間行っている診療形態を 1 つ選んでください。

- | | | | | |
|---------------------|------------|---------|-------|--------|
| 1. 緩和ケア病棟 (ホスピス) | 2. 緩和ケアチーム | 3. 訪問診療 | 4. 外来 | 5. その他 |
|---------------------|------------|---------|-------|--------|

9. 緩和医療に関する日本緩和医療学会認定の専門資格を 1 つ選んでください。

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. 緩和医療 専門医 | 2. 緩和医療 認定医 | 3. 暫定指導医 |
|-------------|-------------|----------|

10. 緩和ケア・緩和医療以外の専門があれば選択してください(複数選択可)。

- | | | |
|------------|----------------|-----------------|
| 1. 内科 | 7. 泌尿器科 | 13. 緩和ケア科・緩和医療科 |
| 2. 外科 | 8. 婦人科 | 14. 麻酔科 |
| 3. 総合診療科 | 9. 整形外科 | 15. ペインクリニック科 |
| 4. 精神科 | 10. 腫瘍内科・化学療法科 | 16. 循環器科 |
| 5. 脳神経外科 | 11. 放射線科 | 17. その他 |
| 6. 耳鼻いんこう科 | 12. リハビリテーション科 | () |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

「難治性のがん疼痛に対する治療」 に関する全国調査 (在宅医療専門医 対象)

在宅医療専門医の方がご回答ください

アンケートの回答方法

- ほとんどの設問は選択式になっていますので、最も当てはまる番号に○をおつけください。一部、数値や自由記述の設問もございます。
- アンケートの記入には、20分程度を要します。
- 患者数など数値をお尋ねしている設問は、**おおよその数値をご回答ください**。(正確な数値でなくて結構です。)
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

| | | |
|------------------------|--|------------------------------|
| 1) 貴院では、緩和ケアチームはありますか？ | <input checked="" type="radio"/> 1. はい | <input type="radio"/> 2. いいえ |
|------------------------|--|------------------------------|

本調査における「難治性のがん疼痛」とは、

あなたががんの痛みに対する薬物療法をしっかりと行っても、「①患者自身が『もっと痛みを和らげてほしい』と希望する、または、②家族や看護師等が『もっと痛みを和らげることはできないか』とあなたに求める」が対応する手段がない痛みを指します

I あなたは、がんの痛みが十分に緩和されない患者を年間どの程度経験しますか。

約 () 例 / 1年間

II 以下の治療法について、あなたは、これまでに治療した患者を経験したことがありますか。以下について当てはまるものを1つ選んでください。

| | 自分自身によって、治療を行ったことがある(自分自身による処方、投薬指示、手技の実施など) | 他の医師によって、自分の担当患者に治療を行ったことがある(他の医師による処方、投薬指示、手技の実施など) | 治療法は知っているが、自分の担当患者に治療を行ったことはない | 治療法を知らない |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------|----------|
| オピオイドの持続皮下注射 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| メサドン(メサペイン®)の内服治療 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 鎮痛のための放射線治療 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 腹腔神経叢ブロック(内臓神経ブロック) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 会陰部や肛門部の痛みに対するくも膜下フェノールブロック(サドルブロック) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| がん疼痛に対する持続硬膜外ブロック | 1 | 2 | 3 | 4 |
| がん疼痛に対するくも膜下鎮痛法(オピオイドおよび局所麻酔薬使用) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 骨転移の痛みに対する経皮的椎体形成術・骨形成術 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 骨転移の痛みに対する経皮的動脈塞栓術 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ⅲ. がんの痛みが十分に緩和されない時の対応についてお伺いします。

1. あなたは、がんの痛みが十分に緩和されない時に、どのような対応を取られますか。
あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 相談する相手がいない | ほとんどしない | あまりしない | 時々する | よくする | 非常によくする |
|---|------------|---------|--------|------|------|---------|
| 1) 自分で本やインターネットの情報を調べる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2) 自分でがんの痛みの治療に関するガイドラインを確認する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3) 自分で国内外の論文を調べる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4) 看護師や薬剤師に他の方法をきく | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) 自分の診療科の他の医師に他の方法をきく | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) <u>院内</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) <u>院外</u> の他の緩和ケアを専門としている医師に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) <u>院内</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) <u>院外</u> の放射線治療医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) <u>院内</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) <u>院外</u> のペインクリニック医・麻酔科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) <u>院内</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) <u>院外</u> のIVR（画像下治療）を行う放射線科医に相談する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) 痛みをこれ以上和らげることが難しいことを患者に説明する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 15) <u>せん妄や呼吸困難は伴わない患者で、治療抵抗性の痛みを緩和することを目的として鎮静薬を投与する</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

2. 上記以外に、がんの痛みが十分に緩和されない時に、あなたが取る対応があれば下記にご記入ください。

IV がん疼痛に対する専門的な鎮痛法に関するあなたの現状とお考えについて伺います。

1. メサドンの内服治療について

a. あなた自身は、がん疼痛に対して、メサドンの内服治療を、現在実施できますか

1. 実施できる

2. 実施できない/実施していない

b. あなた自身は、がん疼痛に対して、メサドンの内服治療を、今後、実施するつもりですか

1. 今後も実施したい

2. 今後実施する
ようにしたい

3. できれば実施
したくない

4. 実施しない

c. あなた自身は、過去3年間でおよそ何例くらいに実施しましたか

実施していない場合は（ 0 ）例とお答えください

約（ ）例 / 3年間

d. がん疼痛に対するメサドンの内服治療について、以下についてどのように思いますか。
あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全く そう 思わない | そ う 思 わ な い | や や そ う 思 わ な い | ど ち ら と も い え な い | や や そ う 思 う | そ う 思 う | ど ち も そ う 思 う |
|--|------------------|----------------------------|--------------------------------------|---|----------------------------|------------------|---------------------------------|
| 1) 有効な方法である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) この治療の適応がある患者が治療可能な時期に紹介されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) その他の治療法で十分な鎮痛が得られているため処方する必要がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 処方するために十分なトレーニングを受けている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 有害事象や合併症が起きた場合の対応に自信がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 症例数が少ないため、経験を積むことや技術の取得が難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) 時間がないため処方が必要な患者を診療することが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) 処方にあたって他科とのやりとりが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 自科の医療者間で処方の合意が得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) 自施設での導入が容認されない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) 自施設に必要な設備・器具・薬剤がない | 1 | | | | | | 7 |
| 12) 効果と安全性を評価する国内の大規模研究が必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) 処方する施設の集約化を地域ですすめるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14) 処方した場合、患者を紹介する施設に限られる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15) QT 延長を確認するために定期的に心電図検査を行うことが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16) 処方を行う前には鎮痛補助薬を積極的に処方するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17) 処方を行う前にはメサドン以外でオピオイドスイッチングを行うべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18) 個体差の大きい薬物動態を持つ薬物は避けるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19) 他の薬物との相互作用が多い薬物は避けるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

V がんの痛みの治療の現状と改善策に関するあなたの考えを伺います。

1. がんの痛みの治療の現状について、当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

痛みについては現状で対応できており、これ以上の改善策は必要ない

1. そう思わない 2. あまりそう思わない 3. どちらともいえない 4. 少しそう思う 5. そう思う

「5.

そう思う」とお答えの方は次ページにお進みください

2. がんの痛みに対する対応の現状に関するあなたの考えを伺います。

あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 全くそう思わない | そう思わない | ややそう思わない | どちらともいえない | ややそう思う | そう思う | とてもそう思う |
|--|----------|--------|----------|-----------|--------|------|---------|
| 1) 痛みがとり切れない時に、専門的な疼痛治療について専門家にコンサルテーションを受けることができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) 痛みがとり切れない時には、患者に専門的な疼痛治療をもっと実施できるようにする必要がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、痛みのある患者をもっと診療するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、痛みのある患者をもっとトリアージ※するべきである (※ 患者の重症度に基づいて治療の優先度を決定して選別を行うこと) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、専門的な知識や技術をもっと持つべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) 緩和ケアチームや緩和ケアを専門としている医師は、がん治療ががんの痛みに有効であることをもっと知るべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) ペインクリニック・麻酔科の医師は、神経ブロックやくも膜下鎮痛をもっと実施するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) IVR 医は、鎮痛を目的とした IVR 処置をもっと実施するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) 放射線治療医は、鎮痛を目的とした放射線治療をもっと実施するべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. すべてのがん患者の痛みが十分に緩和されるために、以下の医療現場での対策についてどのように思いますか。あなたが当てはまると思うもの1つに○をつけてください。

| | 役に立たないと思う | あまり役立たないと思う | 少し役立つと思う | 役立つと思う | とても役立つと思う | 必須だと思う |
|---|-----------|-------------|----------|--------|-----------|--------|
| 1) 医師の仕事（担当患者数や委員会業務など）を適正な量に減らす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2) 医師以外のスタッフ（看護師や薬剤師など）が、痛みのアセスメントやフォローアップを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3) 放射線治療や神経ブロックなど薬物療法以外の方法が確実に実施できる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4) 今より気楽に専門家に相談することができる （ICT〔情報通信技術〕を用いた他施設との相談など） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、患者を直接診察する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6) がん疼痛の診療経験が豊富な医師が、地域全体で診療できるようにする（複数の病院の掛け持ちや地域緩和ケアチームなど） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7) 施設内で、主治医と、緩和ケアチームや難治性のがん疼痛の診療経験が豊富な医師がよく連携する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8) 難治性のがん疼痛に関する手引きやアルゴリズムを整備する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9) 対応が必要な痛みがある患者をみつけるスクリーニングの方法を確立する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10) 患者が、自宅などの病院外で、タブレットなどで痛みの評価を入力すると電子カルテに記録される | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

4. その他に、医療現場がこのようになったらよいということがありましたら、下記にご記入ください。

VI あなたご自身についてお伺いいたします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1. 男性 2. 女性

3. 医師免許取得後の臨床経験年数

() 年

4. 年間に診療するがん患者数

約 () 人/年

5. 年間に診療する痛みのあるがん患者数

約 () 人/年

6. 年間に診療期間中に死亡するがん患者数

約 () 人/年

7. 主に勤務している医療機関を選んでください。
(該当が複数ある場合はすべてお選びください)

1. がん診療連携拠点病院（国指定） 2. がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院

3. 大学病院 4. 臨床研修指定病院 5. 診療所 6. 1～5のいずれでもない

8. 在宅医療専門医以外の専門があれば、選択してください（複数回答可）。

| | | |
|------------|----------------|-----------------|
| 1. 内科 | 7. 泌尿器科 | 13. 緩和ケア科・緩和医療科 |
| 2. 外科 | 8. 婦人科 | 14. 麻酔科 |
| 3. 総合診療科 | 9. 整形外科 | 15. ペインクリニック科 |
| 4. 精神科 | 10. 腫瘍内科・化学療法科 | 16. 循環器科 |
| 5. 脳神経外科 | 11. 放射線科 | 17. その他 |
| 6. 耳鼻いんこう科 | 12. リハビリテーション科 | () |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究

進行がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療に関する多施設共同観察研究

研究分担者 森 雅紀 聖隷三方原病院 緩和支援治療科医長

研究要旨：終末期がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療の実施可能性を探索するとともに、その有効性、治療の実態、呼吸困難・コミュニケーションの程度などのアウトカムを探索することを目的に、前向き観察研究を開始した。対象は呼吸困難に対してオピオイドの持続注射を開始される入院中の18歳以上の進行がん患者で、緩和ケア医の診察を受けており、ECOG PS3-4で意思疎通可能な患者である。参加施設の日常診療を反映させた治療方法をオピオイド持続注射の体系的治療とした。主要評価項目は、治療開始後24±6時間に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合である。副次的評価項目は、24±6時間、48±6時間後の治療目標の達成率、呼吸困難やコミュニケーションの程度、オピオイド等治療薬の投与量、有害事象等である。必要症例数は体系的治療を開始した患者計50名から100名に引き上げた。2019年度は聖隷三方原病院の倫理委員会で研究実施の承認を得て研究を開始し、計10名の登録を得た。2020年度は多施設（甲南医療センター、東北大学病院、近畿中央呼吸器センター、がん・感染症センター都立駒込病院）の倫理委員会で研究実施の承認を得て研究を開始した。2021年2月末時点で計80名の登録を得た。

A. 研究目的

本研究の主な目的は、終末期がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療の実施可能性を探索することである。また、副次的な目的として、終末期がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療の有効性、治療の実態、呼吸困難・コミュニケーションの程度などのアウトカムを探索することである。

B. 研究方法

①デザイン

前向き観察研究

②評価項目

主要評価項目：

呼吸困難に対してオピオイド持続注射の体系的治療を開始した後、24±6時間後（T1）に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合

（沿っていない場合はその理由：治療中止、鎮静、他）

副次評価項目：

- 呼吸困難に対してオピオイド持続注射を開始した中で、体系的治療を行った割合（行わなかった場合はその理由）
- オピオイド持続注射の体系的治療を開始した

後、48±6時間後（T2）に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合（沿っていない場合はその理由：治療中止、鎮静、他）

- T1、2に治療目標を達成している患者の割合
※治療目標の達成は、呼吸困難が緩和されているか、患者にとって許容できる範囲で、患者（患者が意思疎通困難な場合は家族）がそれ以上の呼吸困難治療を希望しない場合と操作的に定義する。患者が意思疎通困難で家族もその場にいない場合は、治療開始時に患者・家族が望んでいた治療目標に沿っているかを担当医が判断する。
- T1、2に呼吸困難に対して使用したオピオイド持続注の種類と投与量
- T1、2に呼吸困難に対して使用したベンゾジアゼピン系薬の種類、投与方法、投与量
- T1、2の呼吸困難の Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) /Support Team Assessment Schedule (STAS) 症状版の worst 値
- T1、2の呼吸困難の Numerical Rating Scale (NRS；患者評価・医師代理評価；worst 値)
- T1、2の医師評価による呼吸困難改善の割合
- T1、2の Communication Capacity Scale (CCS) の item 4、Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)
- 48時間のオピオイド関連有害事象（悪心・譫妄・無呼吸の CTCAE v5.0、呼吸数低下

- オピオイド増量後約 6 時間の医師評価による効果と用量規定毒性 (Dose-limiting toxicity: DLT) の有無
- T1、T2、治療開始 1 か月後の転帰 (生存、死亡)
- 治療開始 1 か月後：死亡例については死亡時のオピオイド持続注射の投与量、ならびに死亡までにオピオイド持続注射が無効と判断した場合はその時のオピオイド持続注射の投与量

※「無効」は、①呼吸困難にベンゾジアゼピン系薬の持続投与を追加した、②呼吸困難の緩和目的で持続的な鎮静を行った、③目標達成できないまま死亡した、と定義する。それ以外を有効とみなし、有効例については死亡時のオピオイド持続注射の投与量を取得する。

③対象

<適格基準>

- 1) 入院中の 18 歳以上の患者
- 2) 組織診断、細胞診断、臨床診断のいずれかによって局所進行・遠隔転移のあることが診断されているがん患者
- 3) 呼吸困難 (IPOS/STAS 2 以上) に対してオピオイド (モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン) の持続注射を開始される (新規開始・上乘せ・既存増量・全部変更・部分変更のいずれも可)
- 4) 緩和ケア病棟・緩和ケアチームにおいて緩和ケア医の診察を受ける患者
- 5) ECOG Performance Status 3 or 4
- 6) 意思疎通が可能な患者 (Communication Capacity Scale (CCS) , item 4 \leq 2)

<除外基準>

- 1) 明らかにがんと直接関連しない病態による呼吸困難に対して治療介入が行われる場合
- 2) 短期間で症状強度に変化を起こしうる介入を登録 3 日以内に行う予定の患者
- 3) 患者・家族から本研究への参加を拒否する旨の意思表示があった患者

④予定登録数

100 名 (体系的治療を開始した患者の数)

(倫理面への配慮)

2020年1月聖隷三方原病院の倫理委員会にて本研究実施が承認された。2020年6月に研究計画書の改訂が聖隷三方原病院の倫理委員会にて承認され、多施設の倫理委員会でも承認された。

C. 研究結果

多施設の研究者間で討議を重ね、通常診療で行っているオピオイド持続注射の投与方法を可視化し、「体系的治療」とした。体系的治療に含まれる治療レジメンとして、オピオイド持続注射のみ (A-1: モルヒネ持続注射、A-2: オキシコドン・ヒドロモルフォン持続注射) の場合と、ベンゾジアゼピンの併用 (B: オピオイド持続注射+少量ベンゾジアゼピン併用…ミダゾラム \leq 10mg/日など) の場合を設定した。治療薬の調節は、「治療目標の達成の有無」「オピオイドが原因の不相応な意識低下の有無」の2点で規定することとした。治療目標は呼吸困難が緩和されている、あるいは許容されているかどうか (今以上の治療を必要としないか) で判断し、意識低下に関しては通常RASSで0~-2が相応とした。治療目標が達成され不相応な意識低下がない場合は、同治療を継続し定期的に呼吸困難と意識レベルの評価を行うこととした。治療目標が達成されているものの不相応な意識低下が見られるときは、減量・変更により呼吸困難悪化が予想されれば同治療を継続するものの、そうでない場合は同じ治療レジメンを減量または他治療レジメンへの変更を行うこととした。一方、治療目標が達成されていない場合は、選択可能な治療レジメンが無効または選択可能な治療レジメンの有害事象で増量・変更できない状況でなければ、同じ治療レジメンを増量または他治療レジメンへ変更するが、そのような状況があれば持続的鎮静または本体系的治療を中止することとした。

評価項目は本研究が探索的な位置づけであるため多岐にわたる。実臨床で無理なく取得できること、コミュニケーションができなくなる患者が多いことを見込み代理評価が可能なこと、呼吸困難の程度のみならずコミュニケーションの程度も取得すること、オピオイドの上限があるかどうかは国際的にも未解決であることから上限の示唆が得られること、上限に近づいた時の次の方法に示唆が得られることなどを念頭に設定した。

2020年1月聖隷三方原病院の倫理委員会にて承認を得たのち、同病院にて2020年2月より患者登録を開始した。2019年度内に10名の登録を行った。2020年度は目標症例登録数を100名に引き上げる研究計画書の修正を行い、計5施設で承認を得て患者登録を推進した。2021年2月末時点で計80名の登録を得た。現在登録が進行中である。

D. 考察

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究の一環として、本分担研究では呼吸困難に対する通常診療範囲内での体系的治療を可視化するべく、前向き観察研究を開始した。2019年度は聖隷三方原病院で倫理審査を経て登録を開始し、本研究自体が実施可能であることを確認した。2020年度は参加施設での登録を依頼

し、多施設での共同研究を進めた。2021年度は登録を完遂し、データを解析・発表するとともに、治療ガイドの作成を行う予定である。

E. 結論

進行がん患者の呼吸困難に対するオピオイド持続注射の体系的治療を可視化し、体系的治療の実施可能性を探索することを目的にした多施設前向き観察研究を推進した。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Mori M, Matsumoto Y, et al. How successful are we in relieving terminal dyspnea in cancer patients? A real-world multicenter prospective observational study. Support Care Cancer 28(7):3051-3060, 2020.
2. Mori M, Imai K, Matsumoto Y, et al. Unanswered questions and future directions in the management of terminal breathlessness in cancer patients. ESMO Open 5(Suppl 1): e000603, 2020.
3. Mori M, Imai K, et al. How successful is parenteral oxycodone for relieving terminal cancer dyspnea compared to morphine? A multicenter prospective observational study. J Pain Symptom Manage 2020 Dec 5. [Online ahead of print]
4. Hui D, Mori M, et al. Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO Guideline. J Clin Oncol 2021 Feb 22. [Online ahead of print]

2. 学会発表

1. Mori M. Educational session. Focus on the top 4 symptoms and guidelines. ESMO Asia 2019. 2019.11, Singapore.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

特記すべきことなし。

呼吸困難に対するオピオイド注射薬 持続投与治療の枠組み 2019年12月版

■呼吸困難にオピオイド注射薬持続投与開始

呼吸困難と意識レベルの評価
2時間以内

治療目標
呼吸困難が緩和
されている・許容できる
[今以上の治療を
必要としない]

呼吸困難
と意識レベル
の評価
(各勤務1回以上)

Yes

オピオイドが原因の
不応性意識低下
[通常RASS0~-2が相応]

No 意識レベルは相応

■ 同治療継続

Yes 不応性意識低下

No 減量・変更により
呼吸困難悪化が
予想される

Yes

■ 同治療レジメンへ変更

* 選択可能な治療
レジメンが無効
or
* 選択可能な治療
レジメンの有害事
象で増量・変更で
きかない 注b

Yes

■ 持続的鎮静(調節型・深い鎮静)
■ 本枠組み中止

No

■ 同じ治療レジメンを増量
または
■ 他治療レジメンへ変更

【治療レジメン】
A-1 モルヒネ持続注射

A-2 オキシコドン・ヒドロモルフォン持続注射

B オピオイド持続注射+少量ベンゾジアゼピン併用
(ミダゾラム≤10mg/dなど、
就眠ではなく呼吸困難緩和として少量のベンゾジアゼピンを併用)

【特徴】

【適応】
A-1: 既使用時・呼吸困難が強い時・
腎機能正常時等
A-2: 既使用時・腎
機能低下時等

鎮静作用弱



鎮静作用強

オピオイド持続注射
で効果が不十分時

注a: 許容できるとは、呼吸困難があっても患者/家族の価値観によって今以上の苦痛緩和を希望しない場合(呼吸困難の緩和と薬剤の影響のバランスから増量を希望しない場合や、他の家族ともっと相談が必要となる場合など)
他の家族と相談するなどもっと相談が必要となる場合など

注b: オピオイドによる眠気、呼吸数低下、活動性せん妄、ミオクロヌス、悪心/嘔吐などの副作用により、それ以上のオピオイド増量が困難な有害事象への治療(オピオイド減量含む)は適宜行う

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究

進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療に関する多施設共同観察研究

研究分担者 今井堅吾 聖隷三方原病院 ホスピス科医長

研究要旨：終末期がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬（注射薬）の体系的治療の実施可能性を探索し、体系的治療の有効性、治療の実態、せん妄症状やコミュニケーションの程度などについて探索することを目的として、前向き観察研究を開始した。対象は、不可逆性の過活動型/混合型せん妄で不穏/興奮（RASS+1以上）に対して向精神薬（注射薬）を投与する18歳以上の終末期がん患者であり、入院中で緩和ケア医の診察を受けている場合である。参加施設の通常診療として行っている治療方法を可視化し、「体系的治療」とした。体系的治療に含まれる治療レジメンとして、ブチロフェノン療法、ブチロフェノン/ベンゾジアゼピン併用療法、フェノチアジン療法の3つの治療レジメンに大別し、必要性の最も高い治療レジメンを選択して治療を行うこととした。主要評価項目は、治療開始3日後に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合である。副次評価項目は、1、7、14、21日後、死亡日に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合、治療目標を達成している患者の割合などである。必要症例数は体系的治療を開始した患者50名から160名に引き上げた。2019年度は聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を経て登録を開始した。2020年度は国立がん研究センター中央病院の倫理委員会で研究実施の承認を得て登録を行った。2021年2月末時点で計149名の登録を得た。

A. 研究目的

本研究の主な目的は、終末期がん患者の過活動型/混合型せん妄に対する向精神薬（注射薬）の体系的治療の実施可能性を探索することである。

また、副次的な目的として、終末期がん患者の過活動型/混合型せん妄に対する向精神薬（注射薬）の体系的治療の有効性、治療の実態、せん妄症状・コミュニケーションの程度などのアウトカムを探索することである。

B. 研究方法

(1) 研究デザイン
前向き観察研究

(2) 評価項目

主要評価項目：

過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬（注射薬）の体系的治療を開始した後、3日後（T2）に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合（沿っていない場合はその理由：治療中止、鎮静、他）

副次評価項目：

- 過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬（注射薬）を開始した中で、体系的治療を行った割合
- 1日後（T1）、7日後（T3）、14日後（T4）、21日後（T5）、死亡日（T6）に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合（沿っていない場合はその理

由：治療中止、鎮静、他）

- T1-T6に治療目標を達成している患者の割合
※治療目標の達成は、過活動型/混合型せん妄による不穏/興奮が緩和されているか患者にとって許容できる範囲で、患者（患者が意思疎通困難な場合は家族）がそれ以上のせん妄治療を希望しない場合、患者が意思疎通困難で家族もその場にはいない場合は、治療開始時に患者・家族が望んでいた治療目標に沿っているかを担当医が判断する
- T1-T6に過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬治療レジメンを変更した患者の割合とその理由（効果不十分、有害事象、他）、向精神薬の種類と投与量
- T1-T6に過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬治療レジメンで使用した薬剤の種類と投与量
- T1-T6に持続的鎮静を受けた患者の割合とその理由（向精神薬の効果不十分、有害事象、他）、鎮静薬の種類と投与量
- T1-T6に向精神薬治療レジメン以外の薬剤を追加した患者の割合とその理由（向精神薬の効果不十分、有害事象、他）、追加薬剤の種類
- T1-T5のRichmond Agitation-Sedation Scale (RASS)の最も高い値
- T1-T5のAgitation Distress Scale(ADS) item2、Communication Capacity Scale(CCS) item4（最も小さい値）、せん妄症状（不適切な行動、不適切なコミュニケーション、錯覚/幻覚）

- T1-T5の呼吸数
- T2, T3の向精神薬関連有害事象（振戦、アカシジア、筋強剛、不整脈、尿閉、誤嚥、無呼吸、低血圧のCTCAE v5.0）
- T1-T5、治療開始2か月後の転帰（生存、死亡）

（3）対象

<適格基準>

- 1) 入院中の18歳以上の患者
- 2) 組織診断、細胞診断、臨床診断のいずれかによって局所進行・遠隔転移のあることが診断されているがん患者
- 3) DSM-5の基準に基づいて過活動型/混合型せん妄と診断され、不穏/興奮（RASS+1以上）に対して向精神薬（注射薬）を使用する患者
- 4) せん妄が担当医によって不可逆性であると臨床的に判断される（判断の基準は定義集の定義に従う）
- 5) 緩和ケア病棟・緩和ケアチームにおいて担当医の診察を受ける患者
- 6) 余命が担当医によって3週間以内と臨床的に判断される患者
- 7) ECOG Performance Status 3 or 4

<除外基準>

- 1) 向精神薬が禁忌の患者
- 2) 患者・家族から本研究への参加を拒否する旨の意思表示があった患者
- 3) 担当医が不適と判断した患者

（4）予定登録数

160例（体系的治療を開始した患者の数）

（倫理面への配慮）

2020年1月聖隷三方原病院の倫理委員会にて本研究実施が承認された。2020年6月に研究計画書の改訂が聖隷三方原病院の倫理委員会で承認され、国立がん研究センター中央病院の倫理委員会でも承認された。

C. 研究結果

参加施設で討議を重ね、各施設で通常診療として行っている終末期のがん患者の過活動型/混合型に対する向精神薬（注射薬）治療方法を可視化し、「体系的治療」とした。体系的治療に含まれる治療レジメンとして、夜間就眠できているときにまず行うブチロフェノン療法（作用は弱く、ハロペリドール、ヒドロキシジンを使用する）、夜間就眠できていない時にまず行うブチロフェノン/ベンゾジアゼピン併用療法（作用は中程度で、ハロペリドール、フルニトラゼパム、ミダゾラムを使用する）、不穏/興奮が著しい場合や他の治療が無効な場合に行うフェノチアジン療法（作用は強く、クロルプロマジン/レボメプロマジン、フルニ

トラゼパム/ミダゾラムを使用する）の3つの治療レジメンに、臨床的に実施している治療を大別した。該当する患者にとって临床上必要性の最も高い治療レジメンを選択して過活動型せん妄の治療を行い、必要に応じて治療レジメンを変更することとした。

治療薬の調節は、「治療目標の達成の有無」と「向精神薬が原因の不相応な意識低下」の2点で規定することとした。治療目標は、不穏/興奮が緩和されている、あるいは許容できるかどうか（今以上の治療を必要としないか）で判断し、意識低下については相応な意識低下をRASSが0～2程度であると規定した。治療目標が達成され不相応な意識低下がない場合は、同治療を継続し定期的に不穏/興奮と意識レベルの評価を行うこととした。治療目標が達成されているが不相応な意識低下がある場合は、同じ治療レジメンで減量するか作用の弱い他の治療レジメンへ変更するが、減量/変更により不穏/興奮悪化が予想されれば同治療を継続することとした。一方、治療目標が達成されていない場合は、同じ治療レジメンで増量または作用の強い他の治療レジメンへ変更するが、選択可能な治療レジメンが無効あるいは有害事象で増量・変更できない場合は、本体系的治療は終了する（治療レジメン以外の薬物治療の追加/変更を行うか持続的鎮静を行うなどの治療で対応する）こととした。

評価項目は本研究が探索的な位置づけであるため多岐にわたる。日常臨床として取得できること、せん妄のための意識障害があり患者の主観的評価が難しく代理評価が可能なこと、不穏/興奮の軽減以外にもコミュニケーションの程度も大切であることを念頭に評価項目を設定した。

2020年1月聖隷三方原病院の倫理委員会にて承認を得たのち、同病院でパイロット試験を行い、2020年2月より患者登録を開始した。2020年度は目標症例登録数を160名に引き上げる研究計画書の修正を行い、2施設で承認を得て患者登録を推進した。2021年2月末時点で計149名の登録を得た。現在登録が進行中である。

D. 考察

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究の一環として、本分担研究では、過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療について、専門施設での実践を可視化する観察研究を開始した。2019年度は体系的治療に含まれる治療レジメンを規定し、治療レジメンの選択方法や治療薬の調節方法を各施設の実践から明らかにし、聖隷三方原病院で倫理委員会の承認を経て登録を開始した。2020年度は参加施設での登録を行い、多施設での共同研究を進めた。2021年度は登録を完遂し、データを解析・発表す

るとともに、治療ガイドの作成を行う予定である。

E. 結論

進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療を可視化し、体系的治療の実施可能性を探索することを目的とした多施設前向き観察研究を推進した。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Maeda I, Imai K, Matsumoto Y, et al. Safety and effectiveness of antipsychotic medication for delirium in patients with advanced cancer: A large-scale multicenter prospective observational study in real-world palliative care settings. Gen Hosp Psychiatry 67(Nov-Dec):35-41, 2020.
- 2) Amano K, Imai K, Mori M, et al. C-reactive protein, delirium, and other psychological symptoms among patients with advanced cancer. JCSM Clinical Reports 5(2):42-51, 2020.
- 3) Hamano J, Mori M, Imai K, et al. Comparison of the prevalence and associated factors of hyperactive delirium in advanced cancer patients between inpatient palliative care and palliative home care. Cancer Medicine 10(3):1166-1179, 2020.

2. 学会発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

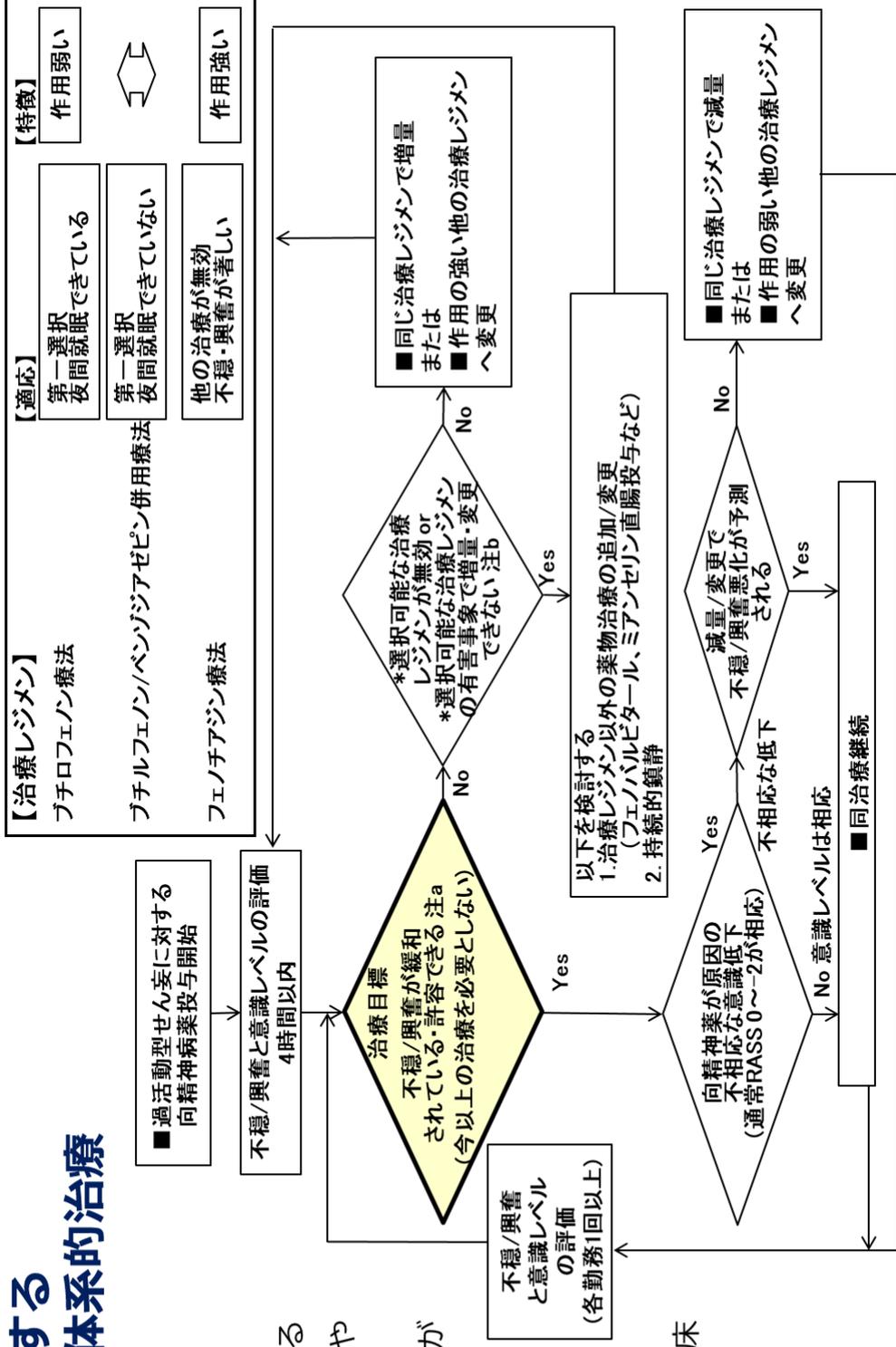
3. その他

特記すべきことなし。

過活動型せん妄に対する 向精神薬(注射薬)の体系的治療

コンセプト
 向精神薬の使い方の道筋が分かる
 治療レジメンは今後の臨床試験や
 施設毎に代替可能である
 緩和ケアを専門としない医療者が
 使用できる

作成方法
 先行文献と緩和ケア医の通常臨床
 から一般化可能性が高い方法を
 可視化した



注a: 許容できるとは、不穏/興奮があっても患者/家族の価値観によって今以上の苦痛緩和を希望せず、苦痛緩和と薬剤の影響のバランスから増量を希望しない場合や、他の家族ともしっかり相談が必要な場合など

注b: 呼吸数低下、錐体外路症状、血圧低下などの副作用により、向精神薬の増量が困難 有害事象への治療は適宜行う

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究

進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療に関する多施設共同観察研究

研究分担者 今井堅吾 聖隷三方原病院 ホスピス科医長

研究要旨：終末期がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬（注射薬）の体系的治療の実施可能性を探索し、体系的治療の有効性、治療の実態、せん妄症状やコミュニケーションの程度などについて探索することを目的として、前向き観察研究を開始した。対象は、不可逆性の過活動型/混合型せん妄で不穏/興奮（RASS+1以上）に対して向精神薬（注射薬）を投与する18歳以上の終末期がん患者であり、入院中で緩和ケア医の診察を受けている場合である。参加施設の通常診療として行っている治療方法を可視化し、「体系的治療」とした。体系的治療に含まれる治療レジメンとして、ブチロフェノン療法、ブチロフェノン/ベンゾジアゼピン併用療法、フェノチアジン療法の3つの治療レジメンに大別し、必要性の最も高い治療レジメンを選択して治療を行うこととした。主要評価項目は、治療開始3日後に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合である。副次評価項目は、1、7、14、21日後、死亡日に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合、治療目標を達成している患者の割合などである。必要症例数は体系的治療を開始した患者50名から160名に引き上げた。2019年度は聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を経て登録を開始した。2020年度は国立がん研究センター中央病院の倫理委員会で研究実施の承認を得て登録を行った。2021年2月末時点で計149名の登録を得た。

A. 研究目的

本研究の主な目的は、終末期がん患者の過活動型/混合型せん妄に対する向精神薬（注射薬）の体系的治療の実施可能性を探索することである。

また、副次的な目的として、終末期がん患者の過活動型/混合型せん妄に対する向精神薬（注射薬）の体系的治療の有効性、治療の実態、せん妄症状・コミュニケーションの程度などのアウトカムを探索することである。

B. 研究方法

(1) 研究デザイン
前向き観察研究

(2) 評価項目

主要評価項目：

過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬（注射薬）の体系的治療を開始した後、3日後（T2）に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合（沿っていない場合はその理由：治療中止、鎮静、他）

副次評価項目：

- 過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬（注射薬）を開始した中で、体系的治療を行った割合
- 1日後（T1）、7日後（T3）、14日後（T4）、21日後（T5）、死亡日（T6）に体系的治療に沿った治療を受けている患者の割合（沿っていない場合はその理

由：治療中止、鎮静、他）

- T1-T6に治療目標を達成している患者の割合
※治療目標の達成は、過活動型/混合型せん妄による不穏/興奮が緩和されているか患者にとって許容できる範囲で、患者（患者が意思疎通困難な場合は家族）がそれ以上のせん妄治療を希望しない場合、患者が意思疎通困難で家族もその場にはいない場合は、治療開始時に患者・家族が望んでいた治療目標に沿っているかを担当医が判断する
- T1-T6に過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬治療レジメンを変更した患者の割合とその理由（効果不十分、有害事象、他）、向精神薬の種類と投与量
- T1-T6に過活動型/混合型せん妄に対して向精神薬治療レジメンで使用した薬剤の種類と投与量
- T1-T6に持続的鎮静を受けた患者の割合とその理由（向精神薬の効果不十分、有害事象、他）、鎮静薬の種類と投与量
- T1-T6に向精神薬治療レジメン以外の薬剤を追加した患者の割合とその理由（向精神薬の効果不十分、有害事象、他）、追加薬剤の種類
- T1-T5のRichmond Agitation-Sedation Scale (RASS)の最も高い値
- T1-T5のAgitation Distress Scale(ADS) item2、Communication Capacity Scale(CCS) item4（最も小さい値）、せん妄症状（不適切な行動、不適切なコミュニケーション、錯覚/幻覚）

- T1-T5の呼吸数
- T2, T3の向精神薬関連有害事象（振戦、アカシジア、筋強剛、不整脈、尿閉、誤嚥、無呼吸、低血圧のCTCAE v5.0）
- T1-T5、治療開始2か月後の転帰（生存、死亡）

（3）対象

<適格基準>

- 1) 入院中の18歳以上の患者
- 2) 組織診断、細胞診断、臨床診断のいずれかによって局所進行・遠隔転移のあることが診断されているがん患者
- 3) DSM-5の基準に基づいて過活動型/混合型せん妄と診断され、不穏/興奮（RASS+1以上）に対して向精神薬（注射薬）を使用する患者
- 4) せん妄が担当医によって不可逆性であると臨床的に判断される（判断の基準は定義集の定義に従う）
- 5) 緩和ケア病棟・緩和ケアチームにおいて担当医の診察を受ける患者
- 6) 余命が担当医によって3週間以内と臨床的に判断される患者
- 7) ECOG Performance Status 3 or 4

<除外基準>

- 1) 向精神薬が禁忌の患者
- 2) 患者・家族から本研究への参加を拒否する旨の意思表示があった患者
- 3) 担当医が不適と判断した患者

（4）予定登録数

160例（体系的治療を開始した患者の数）

（倫理面への配慮）

2020年1月聖隷三方原病院の倫理委員会にて本研究実施が承認された。2020年6月に研究計画書の改訂が聖隷三方原病院の倫理委員会で承認され、国立がん研究センター中央病院の倫理委員会でも承認された。

C. 研究結果

参加施設で討議を重ね、各施設で通常診療として行っている終末期のがん患者の過活動型/混合型に対する向精神薬（注射薬）治療方法を可視化し、「体系的治療」とした。体系的治療に含まれる治療レジメンとして、夜間就眠できているときにまず行うブチロフェノン療法（作用は弱く、ハロペリドール、ヒドロキシジンを使用する）、夜間就眠できていない時にまず行うブチロフェノン/ベンゾジアゼピン併用療法（作用は中程度で、ハロペリドール、フルニトラゼパム、ミダゾラムを使用する）、不穏/興奮が著しい場合や他の治療が無効な場合に行うフェノチアジン療法（作用は強く、クロルプロマジン/レボメプロマジン、フルニ

トラゼパム/ミダゾラムを使用する）の3つの治療レジメンに、臨床的に実施している治療を大別した。該当する患者にとって临床上必要性の最も高い治療レジメンを選択して過活動型せん妄の治療を行い、必要に応じて治療レジメンを変更することとした。

治療薬の調節は、「治療目標の達成の有無」と「向精神薬が原因の不相応な意識低下」の2点で規定することとした。治療目標は、不穏/興奮が緩和されている、あるいは許容できるかどうか（今以上の治療を必要としないか）で判断し、意識低下については相応な意識低下をRASSが0～2程度であると規定した。治療目標が達成され不相応な意識低下がない場合は、同治療を継続し定期的に不穏/興奮と意識レベルの評価を行うこととした。治療目標が達成されているが不相応な意識低下がある場合は、同じ治療レジメンで減量するか作用の弱い他の治療レジメンへ変更するが、減量/変更により不穏/興奮悪化が予想されれば同治療を継続することとした。一方、治療目標が達成されていない場合は、同じ治療レジメンで増量または作用の強い他の治療レジメンへ変更するが、選択可能な治療レジメンが無効あるいは有害事象で増量・変更できない場合は、本体系的治療は終了する（治療レジメン以外の薬物治療の追加/変更を行うか持続的鎮静を行うなどの治療で対応する）こととした。

評価項目は本研究が探索的な位置づけであるため多岐にわたる。日常臨床として取得できること、せん妄のための意識障害があり患者の主観的評価が難しく代理評価が可能なこと、不穏/興奮の軽減以外にもコミュニケーションの程度も大切であることを念頭に評価項目を設定した。

2020年1月聖隷三方原病院の倫理委員会にて承認を得たのち、同病院でパイロット試験を行い、2020年2月より患者登録を開始した。2020年度は目標症例登録数を160名に引き上げる研究計画書の修正を行い、2施設で承認を得て患者登録を推進した。2021年2月末時点で計149名の登録を得た。現在登録が進行中である。

D. 考察

がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究の一環として、本分担研究では、過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療について、専門施設での実践を可視化する観察研究を開始した。2019年度は体系的治療に含まれる治療レジメンを規定し、治療レジメンの選択方法や治療薬の調節方法を各施設の実践から明らかにし、聖隷三方原病院で倫理委員会の承認を経て登録を開始した。2020年度は参加施設での登録を行い、多施設での共同研究を進めた。2021年度は登録を完遂し、データを解析・発表す

るとともに、治療ガイドの作成を行う予定である。

E. 結論

進行がん患者の過活動型せん妄に対する向精神薬の体系的治療を可視化し、体系的治療の実施可能性を探索することを目的とした多施設前向き観察研究を推進した。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Maeda I, Imai K, Matsumoto Y, et al. Safety and effectiveness of antipsychotic medication for delirium in patients with advanced cancer: A large-scale multicenter prospective observational study in real-world palliative care settings. Gen Hosp Psychiatry 67(Nov-Dec):35-41, 2020.
- 2) Amano K, Imai K, Mori M, et al. C-reactive protein, delirium, and other psychological symptoms among patients with advanced cancer. JCSM Clinical Reports 5(2):42-51, 2020.
- 3) Hamano J, Mori M, Imai K, et al. Comparison of the prevalence and associated factors of hyperactive delirium in advanced cancer patients between inpatient palliative care and palliative home care. Cancer Medicine 10(3):1166-1179, 2020.

2. 学会発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

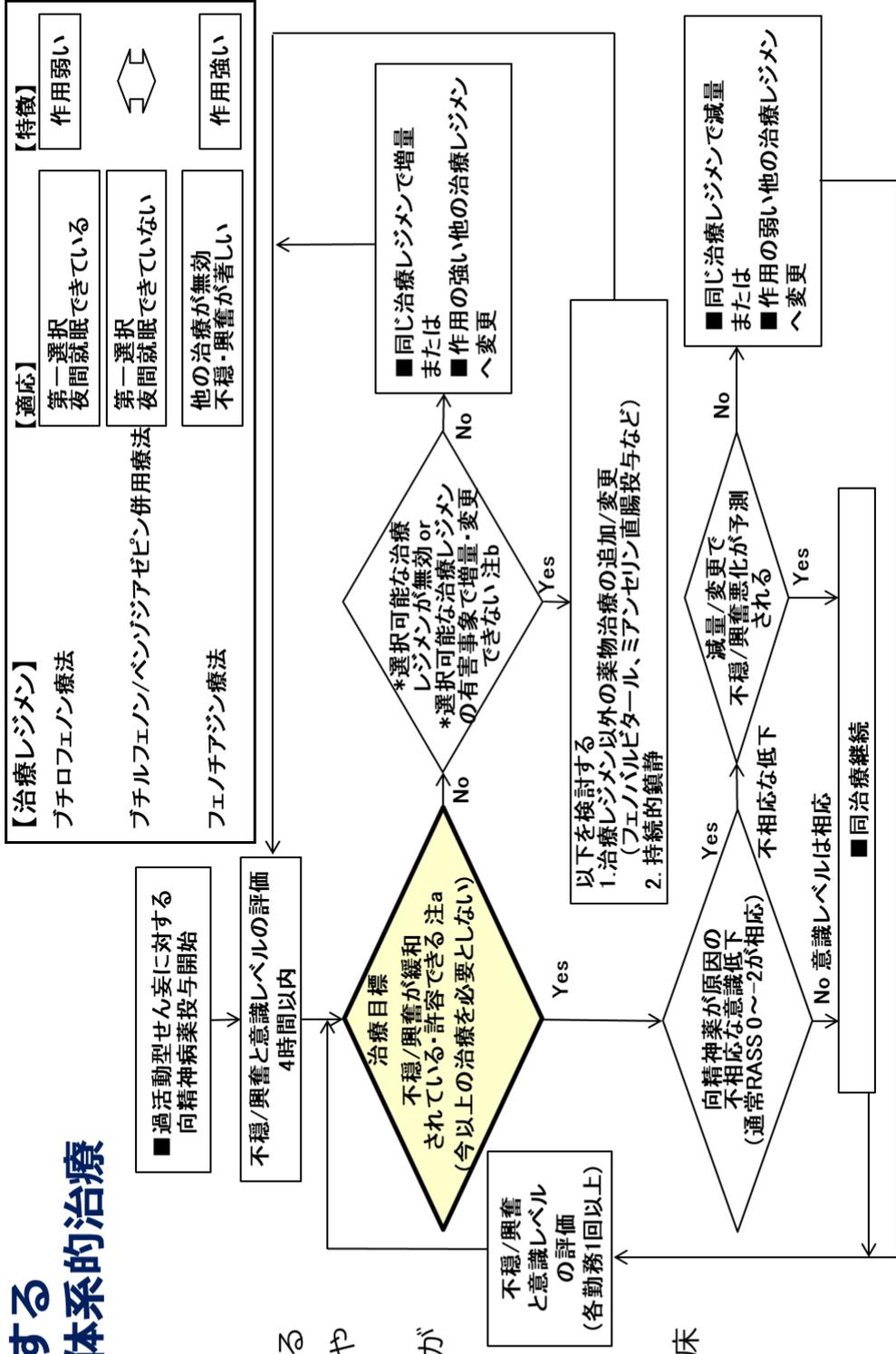
3. その他

特記すべきことなし。

過活動型せん妄に対する 向精神薬(注射薬)の体系的治療

コンセプト
 向精神薬の使い方の道筋が分かる
 治療レジメンは今後の臨床試験や
 施設毎に代替可能である
 緩和ケアを専門としない医療者が
 使用できる

作成方法
 先行文献と緩和ケア医の通常臨床
 から一般化可能性が高い方法を
 可視化した



注a: 許容できるとは、不穏/興奮があっても患者/家族の価値観によって今以上の苦痛緩和を希望せず、苦痛緩和と薬剤の影響のバランスから増量を希望しない場合や、他の家族ともっと相談が必要な場合など

注b: 呼吸数低下、錐体外路症状、血圧低下などの副作用により、向精神薬の増量が困難 有害事象への治療は適宜行う

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|---------|-----------|-----|------|-----|-----|-----|
| | | | | | | | |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|-----------------------|-------------|-------------------------|------|
| <u>Mori M, Matsumoto Y, et al</u> | How successful are we in relieving terminal dyspnea in cancer patients? A real-world multicenter prospective observational study. | Support Care Cancer | 28(7) | 3051-3060 | 2020 |
| <u>Mori M, Imai K, Matsumoto Y, et al</u> | Unanswered questions and future directions in the management of terminal breathlessness in cancer patients. | ESMO Open | 5(Suppl 1) | e000603 | 2020 |
| <u>Mori M, Imai K, et al</u> | How successful is parenteral oxycodone for relieving terminal cancer dyspnea compared to morphine? A multicenter prospective observational study. | J Pain Symptom Manage | Dec 5 | [Online ahead of print] | 2020 |
| Hui D, <u>Mori M, et al</u> | Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO Guideline. | J Clin Oncol | Feb 22 | [Online ahead of print] | 2021 |
| <u>Maeda I, Imai K, Matsumoto Y, et al</u> | Safety and effectiveness of antipsychotic medication for delirium in patients with advanced cancer: A large-scale multicenter prospective observational study in real-world palliative care settings. | Gen Hosp Psychiatry | 67(Nov-Dec) | 35-41 | 2020 |
| <u>Amano K, Imai K, Mori M, et al</u> | C-reactive protein, delirium, and other psychological symptoms among patients with advanced cancer. | JCSM Clinical Reports | 5(2) | 42-51 | 2020 |
| <u>Hamano J, Mori M, Imai K, et al</u> | Comparison of the prevalence and associated factors of hyperactive delirium in advanced cancer patients between inpatient palliative care and palliative home care. | Cancer Medicine | 10(3) | 1166-1179 | 2020 |

令和3年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中釜 斉



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
- 研究課題名 がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 中央病院・緩和医療科
(氏名・フリガナ) 里見 絵理子・サトミ エリコ

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

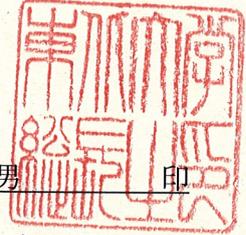
| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 東北大学
所属研究機関長 職名 総長
氏名 大野 英男



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
- 2. 研究課題名 がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科 講師
(氏名・フリガナ) 田上 恵太 (タガミ ケイタ)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入(※1) | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査(※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 東北大学 | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

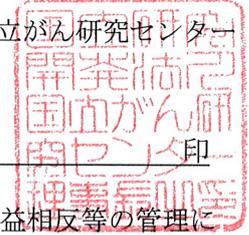
| | |
|--------------------------|--|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した。) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 中釜 斉



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
- 研究課題名 がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 東病院・緩和医療科
(氏名・フリガナ) 松本 禎久・マツモト ヨシヒサ

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3年 4月 1日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 聖隷三方原病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 荻野 和功



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 緩和支援治療科 ・ 医長
(氏名・フリガナ) 森 雅紀 ・ モリ マサノリ

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 聖隷三方原病院 | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3年 4月 1日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 聖隷三方原病院

所属研究機関長 職名 病院長

氏名 荻野 和功



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) ホスピスコ ・ 医長
(氏名・フリガナ) 今井堅吾 ・ イマイ ケンゴ

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 聖隷三方原病院 | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。