

「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。

	全く当てはまりません	ほとんど当てはまりません	やや当てはまりません	どちらともいえません	やや当てはまります	ほとんど当てはまります	完全に当てはまります
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	多少思わない	やや思わない	どちらともいえない	やや思う	多少思う	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) 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	やや あ い ま り あ ら な い	やや あ い ま り あ ら な い	あ い ま り あ ら な い	あ い ま り あ ら な い
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	やや 思える	やや 思える	そう 思える	とても 思える
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	ほとんどない	あまり少ない	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 ぞ

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 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○をつけてください。

	全く思いません	そう思わない	ややそう思わない	どちらとも思いません	ややそう思います	そう思っています	とても思っています
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？

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

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。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。

	全く思わない	そう思わない	やや思わない	どちらでもない	やや思う	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
う思
う思
う」

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) 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 とも 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) こんさい	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		
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) 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。

	全く思わない	少し思わない	やや思わない	どちらともいえない	やや思う	少し思う	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. 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。