

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で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. 他施設で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. 「他施設で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。

	まったくと問題ではない	少く問題がある	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. パインクリニック科・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. パインクリニック科・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. パインクリニック科・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

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()

→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

A. 膵がん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。

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。

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

（ ）例/3年

※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日

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

（ ）例/3年

※ 目安の期間：2017年4月1日～2020年3月31日

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. 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、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。

3. 障壁がある →裏面の質問Ⅲへ

4. 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

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。

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。

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、または他施設で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. 他施設で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

()例/3年

※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日

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. 「他施設で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

()例/3年

※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日

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、他施設で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

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。

**C.がん疼痛に対する持続的な硬膜外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。

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。

※ 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 →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

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

() 例/3年

※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日

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

() 例/3年

※ 目安の期間: 2017年4月1日~2020年3月31日

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。

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、整形外科など）。
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。

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。

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 →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

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. 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. 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、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。 ※ 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. 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いい（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。

□ 1. 他施設に紹介して利用している → ii. の質問へ	□ 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. 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 → 質問Ⅲへ
2. 障壁はない → 次ページのE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いい（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いい（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。 (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 → 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。