

Ⅰ 緩和ケアの現状に関する全国実態調査

1 全国の動向

奥山 徹^{*1, 2} 明智龍男^{*1, 2} 木澤義之^{*3} 森田達也^{*4}
内田恵^{*1, 2} 島田麻美^{*3} 白土明美^{*4} 木下寛也^{*5}

概要

がん患者とその家族が、がんと診断されたときから身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切なサポートを受けられるよう、がん診療連携拠点病院では、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛などのスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うことが求められている。本研究班では、まずわが国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアスクリーニングの実態を把握し、改善点および普及の方策を提言するための全国調査を行った。スクリーニングの実態を調査するためのアンケート票を開発するとともに、全422がん診療連携拠点病院等を対象として郵送によるアンケート調査を実施した。

その結果、90%の施設から有効回答を得た。回答施設の88%がなんらかの規模での緩和ケアスクリーニングを導入していたが、外来・入院でのスクリーニング導入開始1年未満であった施設はそれぞれ69%・63%であった。最も頻用されていたスクリーニングツールは「生活のしやすさに関する質問票」(外来:50%, 入院:46%)であった。スクリーニングガイドラインの遵守状況としては、60%の施設

では、スクリーニング陽性であった患者がその後どのような経過となったかをフォローアップする体制が整っておらず、また23%の施設ではスクリーニング陽性となった患者を問題に対応できる部署へ紹介できるシステムが整っていなかった。スクリーニングの結果として緩和ケアチーム依頼となった患者の割合は、外来では病院規模によらず1%以下、入院では病院規模によって3.4~17.0%の幅があった。68%の回答者は「全体的にみればスクリーニングは有用である」と回答した一方、緩和ケアスクリーニング実施に伴う困難として、「スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある」(66%)、「つらさの程度を数値で表現できないので回答が難しいと言われる」(58%)、「スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない」(49%)、などの頻度が高かった。スクリーニングが良好に導入できていない施設では、できている施設と比較して「スクリーニングのための人員が不足している」(62%対40%, $p < 0.01$)など、全20項目の阻害因子のうち10項目において有意に頻度が高かった。

本調査の結果から、わが国における緩和ケアスクリーニングは、施設によってその取り組みには大きなばらつきがあるものの総じてまだスタートライン

^{*1} 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学, ^{*2} 名古屋市立大学病院 緩和ケア部, ^{*3} 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座先端緩和医療学分野, ^{*4} 聖隷三方原病院 支持緩和医療科, ^{*5} 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

に立ったばかりであることが示された。緩和ケアスクリーニングが患者評価指標の改善に資するものとするためには、ただ単にスクリーニングのみを実施するのではなく、それを包括的なスクリーニングプログラムとして実施することが必要であり、本研究の結果から、臨床的に今すぐ取り組むべき優先順位が高い事項としてはスクリーニング陽性者への対応の充実とそのフォローアップであると思われた。しかし長期的には、臨床試験によって有用性の確立された緩和ケアスクリーニングプログラムをモデルケースとして提示することが有効な緩和ケアスクリーニング導入を後押しするものになると考えた。

背景

がん医療において、患者・家族の Quality of Life (QOL) は疾患の治癒や生存期間の延長などと同様、重要なアウトカムである^{1~3)}。多くの患者ががんの経過において様々な身体的、心理社会的苦痛を経験しており、それらは患者の QOL を大きく損なう⁴⁾。そのような苦痛は適切な介入を提供することで軽減可能であるが^{5~8)}、多くの患者は、適切なサポートを受けていないことが知られている⁹⁾。サポートの阻害因子には、患者側の因子、医療者側の因子、医療システムの因子などがあるが、とりわけ重要なのが医療者側の因子、特に医療者が患者の苦痛に気が付かなかつたり、過小評価している点である¹⁰⁾。

そこで、苦痛のスクリーニングを行うことがそのような阻害因子の除去となり、ひいてはがん患者の苦痛緩和に有効と考えられることから、さまざまなガイドラインにおいても苦痛のスクリーニングを行うことが推奨されている^{6, 11)}。しかし近年のスクリーニングの有用性に関する研究は、ただスクリーニングを行うだけでは患者結果指標は改善せず^{12, 13)}、スクリーニングが有効であるためには、スクリーニング後の評価と専門家との連携、スクリーニング結果の記録、スクリーニング陽性者のフォローア

ップなどが重要であることを明らかにしている¹⁴⁾。

このように苦痛スクリーニングの有用性に関する知見は集積されつつあるが、海外においても苦痛スクリーニングを包括的に実施できている施設は多くなく¹⁵⁾、各施設でどのような取り組みが行われているかといった実態調査や、実施に成功している施設における取り組み方の共有などが重要と考えられている。

わが国では、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができる体制を構築することを目的として、国によりがん診療連携拠点病院が指定されている。加えて厚生労働省は「新たながん診療提供体制」を取りまとめ、2015年4月からのがん診療連携拠点病院等の認定に際して、患者とその家族などががんと診断されたときから身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることをめざすことを目標として、がんと診断されたときからの緩和ケアの導入をより一層強く求めることとなった。そのなかで、「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと」が求められており、本スクリーニングの実施が2015年4月からのがん診療連携拠点病院等の認定要件の一つとなった¹⁶⁾。2015年4月1日の時点で、がん診療連携拠点病院が401カ所、特定領域がん診療連携拠点病院が1カ所、地域がん診療病院が20カ所がその指定を受けている一方で、このスクリーニングが各がん診療連携拠点病院において具体的にどのように実施され、どのような問題が存在するのかなどに関しての全国的な知見はない。

そこで本研究では、がん診療連携拠点病院等における苦痛のスクリーニングがどのように実施されているか、スクリーニングが有効となるための手順が実施されているか、スクリーニングの阻害因子などについて調査を行い、その結果を踏まえて改善点の提言および普及の方策を策定することを目的とした。

対 象

本研究の対象者は、2015年6月現在、わが国のがん診療連携拠点病院等としての指定を受けた国立がん研究センター中央病院および東病院（2施設）、都道府県がん診療連携拠点病院（49施設）、地域がん診療連携拠点病院（350施設）、特定領域がん診療連携拠点病院（1施設）、地域がん診療病院（20施設）、計422施設における緩和ケアチーム責任者とした。除外条件は設けなかった。

本研究は、名古屋市立大学大学院医学研究科の倫理審査委員会で承認を受けて実施した。

本研究は医療者を対象としたアンケート調査であり、侵襲・介入を伴わないため、説明同意文書は用いなかったが、依頼書において、本研究の趣旨、参加拒否が可能であること、アンケート調査の結果をがん診療連携拠点病院現況報告書と連結することについて説明するとともに、対象者が研究参加を拒否する権利があることを明示した。

方 法

1 概 要

欧米を中心とした既存のスクリーニング・トリアージに関する知見などを参考に、スクリーニングの実態を調査するためのアンケート票を開発した。2015年8月から9月にかけて、全がん診療連携拠点病院等の緩和ケアセンター責任者宛に調査協力を依頼する手紙とともにアンケートを送付し、アンケートへの記載と同封する封筒での返信を依頼した。アンケート送付から2週間以内に返送がなかった場合は、上限3回にわたって督促を行った。得られた結果を拠点病院現況報告のデータと結合した。

2 実態調査に関するアンケート票（資料1）

先行研究のレビューを行うとともに^{15, 17~20}、腫

瘍専門医、看護師、緩和ケア医、精神腫瘍医などのエキスパートによる議論をもとに、全体で7つのセクションからなる自記式のアンケートを開発した。入院・外来の双方でまったく緩和ケアスクリーニングを実施していない施設はセクション1と7のみを、その他の施設は全項目について回答するような形式で作成した。以下に7つのセクションに含まれる項目の概要を記した。

1. 現在の緩和ケアスクリーニング導入状況：入院・外来それぞれについて、導入の有無について尋ね、導入しているとの回答を得た場合、実施範囲について5段階で尋ねた。また、どのようなタイミングでスクリーニングを行っているか、スクリーニング開始からの期間についても尋ねた。本報告では、入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好」と定義した。

2. 緩和ケアスクリーニングに用いられているツール：どのようなツールを使用しているか、どのような媒体を利用しているかを尋ねた。

3. スクリーニングガイドラインの遵守状況：American Psychosocial Oncology Society と Yale School of Nursing において開発されたスクリーニングプログラムで推奨されている5つの過程¹⁴⁾、すなわち1. スクリーニングの実施方法、2. 陽性であった場合の評価、3. 専門家への依頼、4. フォローアップ、5. 記録と質の改善、という1つひとつのプロセスをルール化して実施しているかどうかを尋ねた。

4. 緩和ケアスクリーニングの月あたり概数：入院・外来それぞれについて、月あたりのスクリーニング実施患者数、うちスクリーニング陽性となる患者数、スクリーニングの結果緩和ケアチーム依頼となった患者数、の概数について尋ねた。

5. 医療者によるスクリーニングの効用評価：医療者の視点からの緩和ケアスクリーニングの有用性に関する5項目について、リカートスケール（1：そう思わない、2：どちらでもない、3：そう思う）を用いて尋ねた。

6. 緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難：スクリーニングを実施する際に直面すると想定される13項目の困難について、リカートスケール（1：まったくない、2：たまにある、3：時々ある、4：よくある、5：とてもよくある）を用いて尋ね、「3：ときどきある」以上の頻度を報告した。

7. 緩和ケアスクリーニング導入の阻害因子：スクリーニングを導入するにあたり、あるいは導入を検討するにあたり、どのようなことが阻害因子となっているかに関する20項目について、リカートスケール（1：そう思わない、2：少しそう思う、3：そう思う）を用いて尋ね、「3：そう思う」と回答した場合を阻害因子ありとした。

3 拠点病院現況報告

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が収集している2014年度拠点病院現況報告から、各施設の病院種別、病床数、がん登録件数、年間入院がん患者数、年間外来患者のべ数、年間死亡がん者数、年間緩和ケアチーム依頼件数などの背景情報を得た。

統計解析

アンケート票結果報告のために記述統計解析を行った。

緩和ケアスクリーニングの月あたり概数については、施設規模による差異があることが想定されたため、病院を病床数によって小規模（400床未満）、中規模（400～699床）、大規模（700床以上）と分類し、病院規模ごとの数値を報告した。実施件数あたり緩和ケアチーム依頼件数割合は、施設あたりの緩和ケアチーム依頼件数を実施件数で除算して算出した。

また、調査参加施設と不参加施設の背景比較や、スクリーニング「導入良好」（入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニング導入と定義）に関する関連因子を検討するために、t

検定、 χ^2 検定を適宜行った。多重比較を考慮し、有意水準は両側 $p < 0.01$ とした。

結果

1 調査参加施設の背景（表1）

422施設のうち、379施設（90%）から有効回答を得た。10施設（2%）からは拒否の表明があり、33施設（8%）からは返答が得られなかった。調査参加379施設と不参加43施設の背景には有意な差を認めなかったが、調査参加施設では年間緩和ケアチーム依頼件数がより多い傾向にあった（参加施設146件、不参加施設102件、 $p=0.05$ ）。

2 現在の緩和ケアスクリーニング導入状況（表2）

379施設のうち、67%の施設は入院・外来の双方で、13%は入院のみで、8%は外来のみでスクリーニングを導入していた。104施設（37%）が「導入良好」の定義（入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニング導入）を満たした。約半数の施設はスクリーニングを開始して1年未満であった。

3 緩和ケアスクリーニングに用いられているツール（表3）

最も頻用されているスクリーニングツールは「生活のしやすさに関する質問票」^[21]（外来50%、入院46%）であり、次いで「施設独自のツール」（外来35%、入院33%）、「STAS（Support Team Assessment Schedule）」^[22]（外来29%、入院32%）、「つらさと支障の寒暖計」^[23]（外来22%、入院21%）であった。

4 スクリーニングガイドラインの遵守状況（表4）

遵守されている頻度が高いものとして、「スクリーニングの結果に応じて問題に対応できる部署へ紹

表1 調査参加施設の背景 (N=422)

		調査参加 (n=379)		調査不参加 (n=43)		p
		施設数	%	施設数	%	
病院 種別	都道府県拠点病院	45	12	4	86	0.95
	がん診療連携拠点病院	315	83	37	5	
	地域がん診療病院	18	4	2	9	
	特定領域がん診療連携拠点病院	1	0	0	0	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
病院 規模	病床数	580	230	580	239	0.99
	がん登録件数	1,443	850	1,348	826	0.50
	年間入院がん患者数	3,044	1,996	2,822	2,029	0.49
	年間外来がん患者数	55,331	47,097	47,971	44,339	0.33
	年間死亡がん患者数	218	139	194	99	0.29
	年間緩和ケアチーム依頼件数	146	136	102	91	0.05

表2 現在の緩和ケアスクリーニング導入状況 (N=379)

		外来		入院	
		施設数	%	施設数	%
導入状況	導入している	284	75	302	80
	導入していない	95	25	77	20
		施設数 (n=284)	%	施設数 (n=302)	%
導入範囲	限られた少数 (25%以下) の部署で実施	164	43	91	30
	半数以下 (26 ~ 50%) の部署で実施	28	7	29	10
	半数以上 (51 ~ 75%) の部署で実施	23	6	31	10
	大多数 (76 ~ 99%) の部署で実施	32	8	71	24
	すべて (100%) の部署で実施	36	10	78	26
タイミング	受診するたび、入院するたび、毎週など定期的な間隔で実施	49	13	169	59
	告知後や初診時など、時期を決めて	107	28	51	18
	医療者の判断で	55	15	41	14
	その他	55	15	24	8
導入期間	1年未満	194	69	184	63
	1 ~ 3年	69	24	72	24
	3年以上	20	7	39	13

表3 緩和ケアスクリーニングに用いられているツール

		外来 (%) N=284	入院 (%) N=302
ツール*	生活のしやすさに関する質問票	50	46
	独自ツール	35	33
	STAS (Support Team Assessment Schedule)	29	32
	つらさと支障の寒暖計	22	21
	ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)	6	7
	MDASI (MD Anderson Symptom Inventory)	1	1
	POS (Palliative Outcome Scale)	0	0
	DT (Distress Thermometer)	0	1
	DT+PL (Distress Thermometer + Problem List)	0	0
	5th Vital Sign	0	1
媒体	紙媒体	75	63
	電子媒体	20	24
	口頭	17	22

*ツールについては重複回答あり

表4 スクリーニングガイドラインの遵守状況 (N=333)

	はい (%)
スクリーニングの結果に応じて、問題に対応できる部署へ紹介できるルールとなっている	77
スクリーニングの結果や、スクリーニングの結果に基づく対応について、カルテなどに記録を残すルールとなっている	75
陽性であった場合、まず主治医・担当看護師が問題を詳細に評価し、その上でその問題に対応できる部署へ紹介するルールとなっている	74
陽性であった患者が、その後どうなったかをフォローアップするルールとなっている	40
スクリーニングの結果がコンピュータ上で管理、統計学的に把握できるようになっている	25

介できる」(77%)、「スクリーニングの結果についてカルテなどに記録を残す」(75%)、「陽性であった場合、まず主治医・担当看護師が問題を詳細に評価したうえで対応できる部署へ紹介する」(74%)などがあった。一方で、60%の施設ではスクリーニング陽性であった患者がその後どのような経過となったかをフォローアップする体制が整っていなかった。

5 緩和ケアスクリーニングの月あたり概数 (表5)

スクリーニングの実施件数(中央値)は、外来では11件、22件、45件(小規模、中規模、大規模病院の順)、入院では20件、59件、119件(同上)であった。実施件数あたりの緩和ケアチーム依頼件数割合(施設あたりの中央値)は、外来では0%、0%、1%(同上)、入院では17%、6%、3%であった。

表5 緩和ケアスクリーニング状況の月あたり概数 (N=333)

	400床未満 (n=60)		400-699床 (n=191)		700床以上 (n=82)	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院
のべ実施件数	48.3 (81.0) 11 4~50 n=36	41.0 (50.8) 20 7~61 n=42	86.4 (179.3) 22 7~60 n=107	201 (662.6) 59 12~142 n=116	133.1 (209.3) 45 20~118 n=56	226.1 (352.7) 119 38~225 n=53
何らかの項目で陽性となる件数	18.2 (32.5) 5 1~14 n=34	19.1 (21.7) 10 3~31 n=40	25.5 (65.4) 5 2~19 n=96	73.2 (333.5) 15 4~42 n=105	35.3 (50.0) 15 3~42 n=43	59.2 (106.4) 20 6~70 n=43
緩和ケアチーム依頼となった件数	2.4 (8.3) 0 0~2 n=36	7.9 (12.5) 4 1~7 n=42	2.3 (4.6) 0 0~2 n=104	5.9 (9.9) 3 1~8 n=120	4.2 (14.8) 1 0~3 n=46	5.8 (7.0) 4 1~8 n=29
実施件数当たり緩和ケアチーム依頼件数割合 (%)	10.0 (19.8) 0 0~12 n=33	27.4 (30.3) 17 3~40 n=39	11.3 (27.1) 0 0~7 n=99	17.9 (30.1) 6.3 1~14 n=107	5.1 (15.8) 0.8 0~3 n=44	7.9 (11.5) 3 0~10 n=43

第1段：平均値（標準偏差），第2段：中央値，第3段：4分位，第4段：回答施設数

6 医療者によるスクリーニングの効用評価 (表6)

身体的苦痛の発見，精神的苦痛の発見に役立つとの回答が共に80%以上と高い一方で，患者と主治医・担当看護師のコミュニケーション促進や専門部署との連携促進に役立つとの回答は共に60%程度であった。68%が「総合的にはスクリーニングは有用」と回答した。

7 緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難 (表7)

最も頻度が高かった困難は「スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある」で66%，ついで「症状やつらさの程度を数値で表現できないので回答が難しいと言われる」58%であった。続いて「スクリーニングされた結果について，医療者に時間がないために対応できない」「記

入の方法を説明するのに時間がかかる」など，時間に関する困難がそれぞれ49%，47%と続いた。患者に緩和ケアチームや精神科・心療内科を紹介しても受診しないとの回答は40%，36%であった。

8 緩和ケアスクリーニング導入の阻害因子 (表8, 9)

スクリーニング導入良好群，非良好群間において，病床数総数，院内がん登録数，年間外来がん患者数，年間新入院がん患者数，年間院内死亡がん患者数，年間緩和ケアチーム依頼件数に有意差を認めなかった。

一方，スクリーニング非導入良好群においては，導入良好群と比較して「スクリーニングのための人員が不足している」(62% 対 40%， $p < 0.01$)，「スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい」(51% 対 33%， $p < 0.01$)，「スクリーニングについて，院

表6 医療者によるスクリーニングの効用評価 (N=333)

	そう思わない (%)	どちらでもない (%)	そう思う (%)
患者の身体的苦痛を見つけることに役立つ	2	12	86
患者の心理社会的苦痛を見つけることに役立つ	3	14	83
より適切に患者の苦痛に対応することに役立つ	3	24	73
全体的にみればスクリーニングは有用である	8	25	68
患者の苦痛に対応できる専門部署と主治医・担当看護師の連携を促進する	5	31	64
患者と主治医・担当看護師のコミュニケーションを促進する	8	30	63
日常臨床で行うには時間がかかりすぎる	19	39	43

リカートスケール (1: そう思わない, 2: どちらでもない, 3: そう思う) を用いて尋ねた。

表7 緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難 (N=333)

	ときどきある/ よくある/ とてもよくある* (%)
スクリーニングされた結果が有効な対応方法がない問題のことがある	66
「つらさの程度を数値で表現できないので回答が難しい」と言われる	58
スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない	49
記入の方法を説明するのに時間がかかる	47
患者に認知症があって実施困難である	44
陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	40
陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	36
陽性の患者に社会資源サービス（相談など）を紹介しても利用しない	34
患者が記入したがない	33
スクリーニングされた結果が、すぐ変わる	30
患者に精神疾患があって実施困難である	28
患者が医療者に遠慮して、本当の心配事は書いていない	28
スクリーニング用紙に回答することで、患者の不安が増す	12

*リカートスケール (1: まったくない, 2: たまにある, 3: 時々ある, 4: よくある, 5: とてもよくある) のうち, 3以上と回答した対象者の割合を示す。

表8 スクリーニング導入の阻害因子：施設背景 (N=379)

	非導入良好% (n=275)		導入良好*% (n=104)		p 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
病床数総数	579	215	580	235	0.97
院内がん登録数	1,457	831	1,438	859	0.85
年間外来がん患者数	56,989	43,583	54,702	48,275	0.67
年間新入院がん患者数	3,085	1,993	3,028	2,001	0.81
年間院内死亡がん患者数	222	131	216	142	0.70
年間 PCT 新規依頼件数	154	137	142	135	0.48

*入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好群」、それ以外を「非導入良好群」と定義した

表9 スクリーニング導入の阻害因子：アンケート結果 (N=379)

	全体% (N=379)	非導入良好% (n=275)	導入良好*% (n=104)	p 値
スクリーニングのための人員が不足している	54	62	40	<0.01
スクリーニング対象患者を選ぶことが難しい	45	51	33	<0.01
スクリーニングについて、院内で周知することが難しい	36	42	24	<0.01
円滑かつ効果的な実施方法の知識がない	29	35	17	<0.01
スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい	24	25	23	0.69
スクリーニングについて、IT 技術を活用できない	23	25	21	0.49
スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない	22	26	11	<0.01
スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサス得られない	21	25	13	0.02
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない	21	24	13	0.02
診療科・主治医の理解が得られない	20	21	22	0.89
スクリーニングの実施方法を他施設と共有する機会がない	19	23	10	<0.01
病棟と外来で同じスクリーニング方法を用いなければならない	19	22	12	0.03
スクリーニング結果を診療科にフィードバックするルールを定められない	18	21	14	0.14
スクリーニングの責任者が明確となっていない	15	20	5	<0.01
手順書（マニュアル）がない	15	20	2	<0.01
スクリーニングが陽性であっても、その問題に対応できる部署がない	15	18	7	<0.01
看護部・看護師の理解が得られない	13	15	10	0.30
スクリーニング結果をカルテに記録するルールを定められない	12	15	5	0.01
病院長など病院執行部の理解が得られない	8	9	5	0.29
スクリーニングに関するインシデント・アクシデントの懸念がある	5	6	2	0.17

*入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好群」、それ以外を「非導入良好群」と定義した

内で周知することが難しい」(42%対24%, $p < 0.01$) など、全20項目の阻害因子のうち10項目において有意に頻度が高かった。

考 察

わが国における緩和ケアスクリーニングの現状について、全国調査を行った。約90%の施設はなんらかの規模でスクリーニングを導入していたが、入院でも外来でも25%以上の部署を対象としたスクリーニングを導入していた施設は1/3程度であり、また半数の施設はスクリーニング導入開始後、1年経過していなかった。これらの結果から、緩和ケアスクリーニングの導入が拠点病院の要件となったことに対応して、スクリーニングを始めたばかりの施設が多いことが示唆された。

Mitchell らのスクリーニング導入に関する系統的レビュー¹⁹⁾によると、つらさのスクリーニングの有用性を検討した14の無作為化比較試験のうち、6研究が患者結果指標を改善、3研究で専門部署への紹介率増加が得られたのみであり、その有用性については一致した見解が得られていない。既存のエビデンスによると、スクリーニングは単にそれを実施するのみでは患者結果指標の改善には貢献できず、記録、専門部署への紹介、フォローアップなどを含めた一連のプログラムとして実施して初めて有用であることが示唆されている¹⁴⁾。スクリーニングガイドラインの遵守が不十分である知見と照らし合わせると、わが国のがん診療連携拠点病院におけるスクリーニングは有効な方法で実施できていない施設が多くあることが示された。

緩和ケアスクリーニングの月あたり概数に注目すると、施設規模によらず、外来で100名のがん患者をスクリーニングしても緩和ケアチーム依頼に結びつくのは1人以下と著しく低いことが示された。この理由は明らかではないが、外来ではスクリーニングの結果について十分に話し合うことが難しいこ

と、すぐに対応できるリソースがないこと(緩和ケアチームが外来診療を行っていないなど)、スクリーニングを要するような問題の頻度が高い患者群がスクリーニング対象に選ばれていないことなどがあげられる。一方、入院患者においては外来よりは総じて緩和ケアチーム依頼率が高かったが、そもそも緩和ケアチームの活動は入院患者を対象としていることが多いためとも考えられる。小規模な病院ほど緩和ケアスクリーニングにより緩和ケアチームに紹介される結果となりやすいことが示されたが、小規模病院の方が主治医チームと緩和ケアチームの連携が容易であること、患者あたりの緩和ケアチームの人的資源が多いことなどの傾向が推測され、そのような傾向によって説明されるのかもしれない。

ただし、緩和ケアチーム依頼件数はスクリーニングの有用性に関する代替指標のひとつに過ぎず、この結果をもってスクリーニングが有用ではないと結論づけることはできない。緩和ケアチームの活動が普及したり、主治医の実施する緩和ケアが向上すると逆に新しく紹介される患者が減少すること、などもありうるので解釈には留意が必要である。今後の研究では、患者自身のアウトカムの評価や、スクリーニング陽性者にどのような対応がなされたかという点について詳細な評価を含めるべきである。その際には、スクリーニングの費用対効果についても検証が必要である。

約7割の施設において「全体的にみて緩和ケアスクリーニングが有用」と考えられていることが示された一方で、緩和ケアスクリーニング実施中に経験する困難については、全13質問項目中10項目で「時々」以上の頻度で遭遇するという回答者が30%以上であり、臨床現場ではさまざまな困難が生じていることが示された。特に約半数の施設が「スクリーニングされた結果について、医療者に時間がないために対応できない」ことを経験しており、多忙であることがスクリーニングの有用性に大きく影響していることが示唆された。

緩和ケアスクリーニングの導入にあたっては、さ

さまざまな阻害因子があることが示された。十分なスクリーニング導入可否に関連していた項目のうち、非導入良好群において最も頻度が高いものは人的資源の不足であった。多くの施設において、既存の人的資源のなかで新たに緩和ケアスクリーニングを導入しているためと思われた。また緩和ケアスクリーニングやその実践に関する適切な知識の欠如も有意な阻害因子であった。Carlson らによる緩和ケアスクリーニング導入に関する推奨においてもスタッフへのスクリーニングに関する教育が重要と指摘がなされており、本研究結果はそれに一致するものと思われた。

本研究の強みとしては、最新のスクリーニングに関するエビデンスに基づいたアンケート票を開発して用いたこと、全がん診療連携拠点病院を対象としたこと、回答率が高いこと、アンケート結果をがん診療連携拠点病院現況報告と連結させたことなどがある。一方、限界としては、アンケート票の結果は回答者の主観的な知覚の反映にすぎないこと、患者や家族による評価指標が含まれていないこと、月あたり概数については欠損値が多いこと、スクリーニングで陽性であった患者が、その後どのようなリソースで対応されたのかについて調査に含めていないこと、が挙げられる。

わが国におけるがん患者の緩和ケアスクリーニングは、施設によってその取り組みには大きなばらつきがあるが、総じてまだスタートラインに立ったばかりであることが示された。緩和ケアスクリーニングががん診療連携拠点病院の要件とされたことは、がん医療への緩和ケアの統合という視点からは意義があるものと思われるが、患者評価指標の改善に資するものとするためにはさらなる改善が必要である。緩和ケアスクリーニングが患者評価指標の改善に資するものとするためには、ただ単にスクリーニングのみを実施するのではなく、それを包括的なスクリーニングプログラムとして実施することが必要であり、本研究の結果で示された臨床的に今すぐ取り組むべき優先順位が高い事項としては、スクリー

ニング陽性者への対応の充実とそのフォローアップがある。しかし、本来であればこのような介入が実際に患者評価指標を改善するかどうかをまず示す必要がある。具体的には、用いるべきスクリーニングツール、スクリーニングの実施が必要な時期やセッティング、わが国の医療システムに即した患者評価指標を改善しうるようなスクリーニングプログラムのあり方、スクリーニング陽性者への対応などについて明示し、またそのようなスクリーニングプログラムの患者評価指標への効果について、無作為化比較試験を実施する必要がある。そのうえで、モデルケースとなるような緩和ケアスクリーニングプログラムの提示を行うことが、結局は有効な緩和ケアスクリーニング導入を後押しするものになると考える。

文 献

- 1) Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, Berry SR, Wollins DS, Hayes DM, Von Roenn JH, Schnipper LE, American Society of Clinical Oncology: American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer *J Clin Oncol: Official J Am Soc Clin Oncol* **29**: 755-760, 2011
- 2) Wedding U, Pientka L, Hoffken K: Quality-of-life in elderly patients with cancer: a short review. *Eur J Cancer* **43**: 2203-2210, 2007
- 3) Zikos E, Ghislain I, Coens C, Ediebah DE, Sloan E, Quinten C, Koller M, van Meerbeeck JP, Flechtner HH, Stupp R, Pallis A, Czimbalmos A, Sprangers MA, Bottomley A: Health-related quality of life in small-cell lung cancer: a systematic review on reporting of methods and clinical issues in randomised controlled trials, *Lancet Oncol* **15**: e78-89, 2014
- 4) Avis NE, Crawford S, Manuel J: Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol: Official J Am Soci Clin Oncol* **23**: 3322-3330, 2005
- 5) Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R: Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol: Official Jo Am Soc Clin Oncol* **31**: 782-793, 2013
- 6) Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A, Back A, Baker JN, Block S, Codada SN, Dalal S, Dans M, Kutner JS, Kvale E, Misra S, Mitchell W, Sauer TM, Spiegel D, Sutton L, Taylor RM, Temel J, Tickoo R, Urba SG, Van Zyl C, Weinstein SM, Bergman MA, Scavone JL, National

- Comprehensive Cancer N: Palliative care, Version 1 . 2014 . Featured updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* **12**: 1379–1388, 2014
- 7) Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH : American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **30**: 880–887, 2012
 - 8) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* **363**: 733–742, 2010
 - 9) Forsythe LP, Kent EE, Weaver KE, Buchanan N, Hawkins NA, Rodriguez JL, Ryerson AB, Rowland JH: Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **31**: 1961–1969, 2013
 - 10) Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ: Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* **330**: 592–596, 1994
 - 11) Excellence NfC: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. In: Editor (ed)^(eds) Book Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Institute for Clinical Excellence, City, 2004
 - 12) Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial, *J Clin Oncol* **28**: 4884–4891, 2010
 - 13) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S, Harris S, Campbell R, Biddle L, McKell-Redwood D, Brennan J: Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **31**: 3631–3638, 2013
 - 14) Lazenby M, Tan H, Pasacreta N, Ercolano E, McCorkle R: The five steps of comprehensive psychosocial distress screening. *Curr Oncol Rep* **17**: 447, 2015
 - 15) Albizu-Rivera A, Portman DG, Thirlwell S, Codada SN, Donovan KA: Implementation of NCCN Palliative Care Guidelines by member institutions Support Care Cancer, 2015
 - 16) 厚生労働省 (2014) がん診療連携拠点病院等の整備について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf]
 - 17) Bultz BD, Waller A, Cullum J, Jones P, Halland J, Groff SL, Leckie C, Shirt L, Blanchard S, Lau H, Easaw J, Fassbender K, Carlson LE: Implementing routine screening for distress, the sixth vital sign, for patients with head and neck and neurologic cancers. *J Natl Compr Canc Netw* **11**: 1249–1261, 2013
 - 18) Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ: Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations, *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* **30**: 1160–1177, 2012
 - 19) Mitchell AJ: Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* **52**: 216–224, 2013
 - 20) Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, Grainger L, Symonds P: How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* **118**: 6260–6269, 2012
 - 21) Morita T, Fujimoto K, Namba M, Sasaki N, Ito T, Yamada C, Ohba A, Hiroyoshi M, Niwa H, Yamada T, Noda T: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project Support Care. *Cancer* **16**: 101–107, 2008
 - 22) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, Kizawa Y, Maruguchi M, Abe M, Kawa M, Shima Y: Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J) *a Palliat Support Care* **2**: 379–385, 2004
 - 23) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* **29**: 91–99, 2015

資料 1



苦痛のスクリーニング に関する調査票

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

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

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

もし調査にご協力頂けない場合は、以下に☑をしてご返送下さい。

調査協力を拒否します。

まずはじめに、以下の質問の当てはまる口にチェックをしてください。

Q.外来または入院患者を対象とした緩和ケアスクリーニングについて

なんらかの形で、施設として行っている

⇒2～7ページにお答え下さい



全く行っていない

⇒6、7ページにお答え下さい



施設 ID : _____

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方がお答えください】

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

行っている⇒以下1～3について、あてはまるもの一つに☑をしてください。

全く行っていない⇒以下の1～3を飛ばし、下段の質問に進んで下さい。

1. がんに関連する部門のうち、どの程度の部門で行っていますか

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

2. どのようなタイミングで行っていますか

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

3. 実施開始からの期間はどれほどですか

- 1年未満
- 1-3年未満
- 3年以上

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

行っている⇒以下1～3について、あてはまるもの一つに☑をしてください。

全く行っていない⇒以下の1～3を飛ばし、次ページの質問に進んで下さい。

1. がんに関連する部門のうち、どの程度の部門で行っていますか

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

2. どのようなタイミングで行っていますか

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

3. 実施開始からの期間はどれほどですか

- 1年未満
- 1-3年未満
- 3年以上

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方のみお答えください】

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

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

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

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

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

スクリーニングに関する手順書(院内マニュアル)を作成していますか。

なし

あり⇒

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

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方のみお答えください】

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

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

【1 ページで **なんらかの形で行っている** と答えた方のみお答えください】

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

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

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

【全ての施設の方がお答えください】

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

【全ての施設の方がお答えください】

2017年3月の時点で、貴施設のがんに関連する部門のうち、どの程度でスクリーニングが実施できていそうですか。おおよその見込みで結構ですでお答え下さい。

外来がん患者について

- 全く実施できていないだろう
- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- すべて(100%)の診療科/診療部門で行っているだろう

入院がん患者について

- 全く実施できていないだろう
- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- すべて(100%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう

今後、本研究班でスクリーニングに関するデータベース構築を行う場合、データの収集にご協力いただけますか(現時点でお願いする作業内容は未定です。「協力したい」とお返事頂いた場合でも、後に作業内容を確認してキャンセルされても構いません)。

協力したい：担当者のお名前とご連絡先 E-mail アドレスを以下にご記入下さい。

お名前	先生/様	E-mail
-----	------	--------

協力しない

スクリーニングについて、希望することや必要と思うことなどがありましたらご記入下さい。

ご協力まことにありがとうございました。