



# がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアー ジを普及するためのワークショップの有用性の検討

内田, 恵 ; 奥山, 徹 ; 明智, 龍男 ; 森田, 達也 ; 木澤, 義之 ; 木下, 寛也  
; 松本, 禎久

---

(Citation)

Palliative Care Research, 13(3):273-279

(Issue Date)

2018

(Resource Type)

journal article

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90006105>



# がん患者の苦痛に関するスクリーニング・ トリアージを普及するための ワークショップの有用性の検討

内田 恵<sup>1,2)</sup>, 奥山 徹<sup>1,2)</sup>, 明智 龍男<sup>1,2)</sup>, 森田 達也<sup>3)</sup>, 木澤 義之<sup>4)</sup>,  
木下 寛也<sup>5)</sup>, 松本 慎久<sup>6)</sup>

1) 名古屋市立大学病院 緩和ケア部, 2) 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学,  
3) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 4) 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,  
5) 東葛病院 緩和ケア科, 6) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

本研究の目的はがん患者の苦痛のスクリーニングを患者・家族のために効果的に運用するためのワークショップの有用性について検討することである。直前・直後アンケートでは参加者 51 名全員から回答を得た。スクリーニングに関する知識は参加直後で有意に改善していた。3 カ月後の Web アンケートにも 7 割以上が回答し、3 カ月以内に学んだ内容を実践に移した参加者は 3 割以上であった。スクリーニング実施時の阻害因子は 3 カ月後では有意に減少していた。スクリーニングツールの使用方法に関する知識は、年間新入院・外来がん患者数、病床総数、院内がん登録数と負に相関し、スクリーニング実践に関する阻害因子と緩和ケアチーム(palliative care team: PCT)経験歴は正に相関した。本研究でがん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージを普及するためのワークショップの有用性が示唆された。対象者は PCT 経験歴が長くがん患者数が多いがん拠点病院の医療者が適している可能性が示された。

Palliat Care Res 2018; 13(3): 273-79

Key words: 苦痛のスクリーニング, トリアージ, がん, 緩和ケア

## 緒 言

緩和ケアにおけるスクリーニングとは、緩和ケアに関するニーズを患者に確認し、苦痛の軽減を図ること、欧米で提唱されその導入が進められてきた<sup>1,2)</sup>。欧米においては複数の先行研究にてその効果が検証されているが、結果は一貫していない。緩和ケアスクリーニングの効果ははっきりしないとの結論もあるが<sup>3)</sup>、スクリーニング自体が大切なのではなくその後の対応、トリアージする先があることが重要であるとの指摘もある<sup>1,2,4,5)</sup>。日本においては 2014 年 1 月に示された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」に新しい要件として、病院に通院・入院している患者を対象として「身体・心理・社会的苦痛のスクリーニング」を行うことが加わった<sup>6)</sup>。しかし人員の不足やスク

リーニングに対する患者の反応が必ずしも肯定的でないことから実臨床への導入が難しいといった声が上がっていた<sup>7,8)</sup>。そのため、厚生労働省がん政策研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班が立ち上がり、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が実施された。その結果、実際に緩和ケアスクリーニングが実施されている比率は低く、実施において経験する困難も多いことが示された<sup>9)</sup>。

われわれは、先行研究で得られた情報をもとに、通常臨床でのがん患者の苦痛に関するスクリーニングの実施とその後のトリアージを可能にするために、それらを効率的に運用するためのワークショップを開催することとした。本研究の目的は苦痛のスクリーニングを患者・家族のために効果的な運用をするためのワークショップの有用性とその適切な対象者について検討することである。本研究は厚生労働省がん政策研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体

受付日 2018 年 3 月 22 日／改訂日 2018 年 6 月 18 日／受理日 2018 年 7 月 6 日

Corresponding Author: 内田 恵  
名古屋市立大学病院 緩和ケア部  
〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄 1  
TEL 052-851-5511 FAX 052-852-0837  
E-mail: ucmegumi@na.rim.or.jp

表 1 研修会前後のスクリーニングに関する知識の変化(n=51)

因子	項目(0点：全くそう思わない～10点：とても思う)	実施前 平均値	実施後 平均値	p 値*
スクリーニングの実践に関する知識	スクリーニングに適切な時期を知っている 今使用しているスクリーニングツールのメリットとデメリットを知っている 生活のしやすさに関する質問票について知っている Support Team Assessment Schedule(STAS)について知っている スクリーニングの有用性は高い スクリーニングの結果を担当医にフィードバックする方法を知っている	40.1	45.9	<0.001
様々なスクリーニングツールに関する知識	Palliative Care Outcome Scale(POS)・Integrated Palliative Care Outcome Scale(IPOS)について知っている MD Anderson Symptom Inventory(MDASI)を知っている Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)について知っている	10.1	14.6	<0.001
スクリーニングツールのデータの取り扱いに関する知識	スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている スクリーニングの結果等データの集積方法を知っている	7.5	12.9	<0.001
スクリーニングツールの使用方法に関する知識	スクリーニングの対象患者がわからない スクリーニングのツールの説明には時間がかかる スクリーニングツールの記入方法は難しい	16.1	13.1	0.007

\*対応のある t 検定

制の構築と普及に関する研究」の一環として行われた。

## 方 法

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の要件の中に、緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備することが挙げられているため<sup>6)</sup>、スクリーニングに困難を感じているがん拠点病院の医師・看護師・薬剤師を対象に、スクリーニングをどうすれば効果的・効率的に導入・運用できるか、患者・家族のために役立てることができるかを学ぶワークショップを開催した。

ワークショップにおいては、緩和ケアスクリーニングに関する講義(緩和ケアスクリーニングの課題・現在までの国内外での研究状況・国内での状況・今後の展望について;30分)、9つのテーマに関するグループディスカッション(65分×3、各テーマあたり約20分)、緩和ケアスクリーニングの運用の実際と課題に関する講義(発表者施設におけるスクリーニングの運用について、介入の実際、課題;20分)が行われた。9つのテーマは先行研究<sup>9)</sup>の中で、緩和ケアスクリーニングを実施中に経験する困難やその阻害因子として頻度の高かったものから抽出した。参加者は7～8人のグループに分かれ、グループごとにファシリテーター1名が参加し、各テーマ(スクリーニングをするのに必要な時間・人員がいらない、がん患者の特定方法(スクリーニング対象患者)がわからない、スクリーニング実施について病院の医師の理解が得られない、どのスクリー

ニングを使うのがよいのかわからない(使用しているアセスメントツールのメリットとデメリット)、スクリーニングツールの説明は時間がかかる・記入方法は難しい、スクリーニング結果等のデータの集積方法がわからない、スクリーニングでトリアージされた患者のフォローアップ方法がわからない、トリガーされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しない、スクリーニングで見つけた問題に有効な解決方法がない)について、その現状、実際どのようなことで困っているのか、どのように解決したらよいのかを話し合った。グループディスカッションの後、全員で各グループの話し合いの内容を共有した。

ワークショップ直前・直後・3カ月後に以下を実施した。アンケートの項目は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文献<sup>1,2,4,5)</sup>と先行研究として行ったスクリーニング担当者を対象としたアンケート調査<sup>9)</sup>をもとに作成し、緩和ケアスクリーニングの経験のある医師・看護師が項目の適切性について話し合った。本研究においてはプライマリーアウトカムをスクリーニング実施における阻害因子の軽減とし、セカンダリーアウトカムをスクリーニングに関する知識の増加、スクリーニング実施時における困難の軽減とした。

### 直前アンケート

ワークショップ参加者を対象に、①スクリーニングに関する知識14項目(表1)、②スクリーニング実施時に経験する困難4項目(表2)、③スクリーニング実施時の阻害因子4項目(表2)に関して0点(全くそう思わない)～10点(とても思う)のNumerical Rating Scale

表2 研修会前と研修会3カ月後のスクリーニング実施時に経験する困難と阻害因子の変化(研修会前 n=51, 研修会3カ月後 n=38)

因子	項目(0点:全くそう思わない~10点:とても思う)	実施前 平均値	実施3 カ月後 平均値	p値*
スクリーニング実施時に経験する困難	スクリーニング陽性の患者に社会資源サービスを紹介しても受診しない 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 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 診療科・主治医の理解が得られないことが妨げになっている	21.5	22.8	0.466
スクリーニング実施時の阻害因子	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 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 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になっている 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	28.8	20.9	<0.001

\*対応のある t 検定

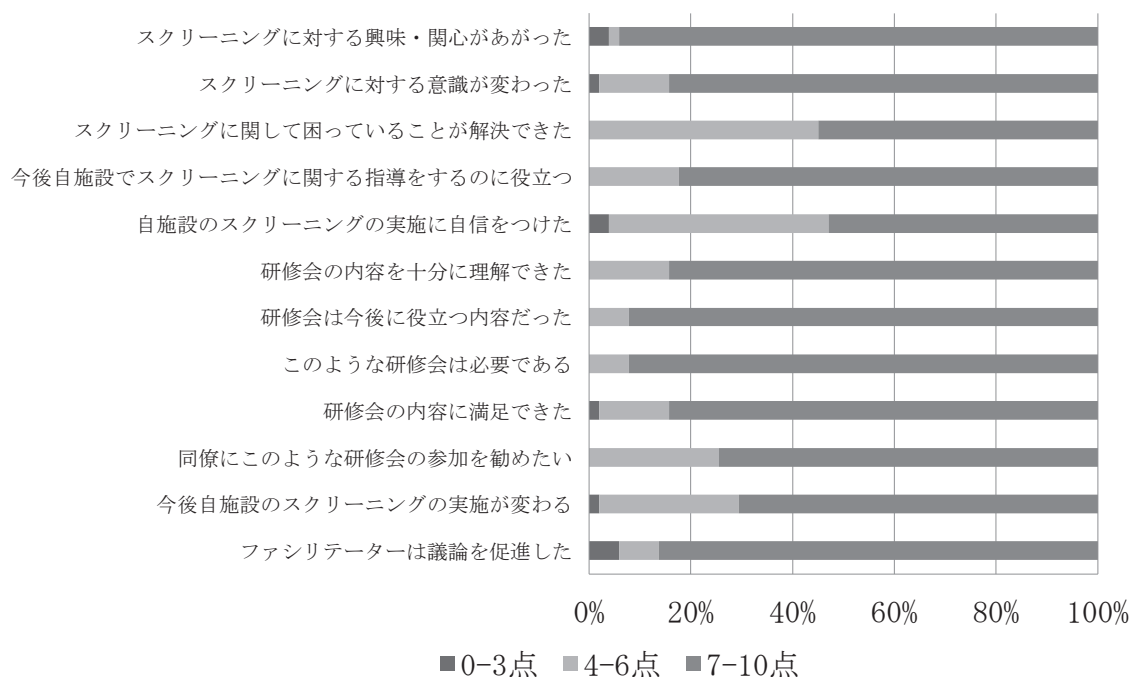


図1 ワークショップに関する感想(n=51)

を用いて質問した。加えて背景情報として緩和ケアチーム経験歴・スクリーニング経験歴・職種・自施設での外来患者対象のスクリーニングの有無・自施設での入院患者対象のスクリーニングの有無に関しても質問した。

#### 直後アンケート

ワークショップ参加者に、前記①に加えてワークショップに関する感想12項目(図1)を0点(全くそう

思わない)~10点(とても思う)の Numerical Rating Scaleを用いて質問した。加えてワークショップの時間(長過ぎる・やや長い・適切・やや短い・短すぎる)と自由記載によるワークショップでとくに役立った点・改善の余地がある点について質問した。

#### 3カ月後の Web アンケート

ワークショップ参加者のうち、Web アンケートへの参加を希望した対象者に前記②、③とワークショップ

で学んだ内容を実践に活かしたかどうか、その場合、どのような内容を活かしたかについて尋ねた。

その他背景情報として、参加者の所属施設情報(年間新入院がん患者数・年間新外来患者数・病床総数・緩和ケアチーム(palliative care team: PCT)による年間新規症例数・院内がん登録数)についても情報収集をした。

### 統計解析

直前アンケートで尋ねた項目について、因子分析によって因子構造を検討し、各因子についてクロンバックの $\alpha$ 係数を算出することによって内的整合性を検討した。 $\alpha$ 係数が0.6以上の場合は各因子の合計得点を算出することとした。直前・直後と直前・3カ月後の変化は、得られた因子ごとの合計点の平均点を対応のあるt検定にて解析した。参加者の背景とそれぞれの因子との関係に関してはPearsonの相関係数(緩和ケアチーム経験歴・スクリーニング経験歴・年間新入院がん患者数・年間新外来患者数・病床数・緩和ケアチーム(PCT)による年間新規症例数・院内がん登録数)の計算と $\chi^2$ 乗検定(職種・自施設での外来患者対象のスクリーニングの有無・自施設での入院患者対象のスクリーニングの有無)で検討した。有意水準は5%とし、統計解析にはSPSS(version 24; IBM SPSS, Chicago, IL)を用いた。

### 倫理面への配慮

医療者対象の介入であるため、倫理審査委員会の承認は得ていない。本研究への参加は個人の自由意思によるものとし、本研究に同意した後でも随時撤回可能であること、また、得られた結果は統計学的処理に利用されるもので、個人のプライバシーに関しては十分守られる旨を文書で説明し、文書による同意を得た。

## 結 果

### 直前・直後アンケートについて

#### 対象者の背景

ワークショップに参加した51名全員から回答を得た。参加者の背景は看護師が8割と多く、自施設での外来患者・入院患者対象のスクリーニングを行っている割合は7~8割であった(表3)。

#### ワークショップの効果：直前・直後アンケートの結果

直前に調査した項目を因子分析した結果、スクリーニングに関する知識14項目は4因子に分かれ、スクリーニング実施時に経験する困難は1因子に、スクリーニング実施時に経験する困難は1因子に分かれた。クロンバックの $\alpha$ 係数は、因子ごとにそれぞれ以下のとおりであった。スクリーニングの実践に関する知識(0.785)、様々なスクリーニングツールに関する知

表3 参加者背景(n=51)

	n (%)
専門領域	
身体症状緩和医	8 (16)
看護師	41 (80)
薬剤師	2 (4)
自施設の外来患者対象のスクリーニング	
あり	37 (73)
自施設の入院患者対象のスクリーニング	
あり	40 (78)
緩和ケアチーム経験歴	平均 3.9 年 (標準偏差 3.0)
スクリーニング経験歴	平均 1.5 年 (標準偏差 0.9)

識(0.823)、スクリーニングツールのデータの取り扱いに関する知識(0.749)、スクリーニングツールの使用方法に関する知識(0.69)、スクリーニング実施時に経験する困難(0.812)、スクリーニング実施時の阻害因子(0.607)。

ワークショップ直前・直後のスクリーニングに関する知識に関しては、すべての因子において有意差が認められた(表1)。ワークショップに関する感想はスクリーニングの実施に関する自信に関しては8点以上が3割であったが、それ以外の項目においては8点を超えるものが5割を超えていた(図1)。また、ワークショップの時間に関してはやや長い(1人)・適切(44人)・やや短い(3人)・短すぎる(1人)との回答が得られた。自由記載においてはとくに役立った点として、他の施設の取り組みや状況・工夫・困りごとに関して知ることができた・話し合うことができた、問題点の対比ができた、問題解決ができた、スクリーニング後のフィードバック方法を知ることができた、トリガーされた患者のフォローアップ法を知ることができた、スクリーニングの必要性や意義を再認識できた、学びの場になった等が、改善点としては、他施設の資料やスクリーニングシートが見たい、同じ現状の施設の人と話し合いたい、ディスカッションの時間やディスカッション内容の発表時間が短い、多職種で参加したい、会場が狭い等が挙げられた。

#### ワークショップの効果：3カ月後アンケートの結果

ワークショップの参加者51名のうち38名(75%)がWebアンケートに回答した。12名(32%)がワークショップの内容を実践に活かしたと回答した。実際に活かした内容として自由記載に、スクリーニングの用紙・対象者・運用・集計方法の見直し、スクリーニングのシステムの再構築、他施設のフィードバックの方法を導入、紙ベースから電子カルテへの移行の準備を始めた等が挙げられた。



表4 参加者の背景とワークショップ直前のスクリーニングに関する知識・スクリーニング実施時に経験する困難・阻害因子との関連

因子	Pearson の相関係数						
	参加者の背景						
	PCT 経験歴	スクリー ニング 経験歴	年間新 入院がん 患者数	年間新 外来がん 患者数	病床総数	PCT による 年間新規 症例数	院内がん 登録数
スクリーニングの実践に関する知識	0.02	0.27	-0.004	0.03	0.1	0.27	0.22
様々なスクリーニングツールに関する知識	0.06	0.26	-0.14	-0.1	-0.2	0.02	-0.16
スクリーニングツールのデータの取り扱いに関する知識	0.18	0.19	0.12	0.13	-0.1	0.02	0.15
スクリーニングツールの使用方法に関する知識	0.21	-0.07	-0.28*	-0.31*	-0.35*	-0.28	-0.45*
スクリーニング実施時に経験する困難	0.16	-0.21	0.004	-0.07	0.04	-0.06	-0.04
スクリーニング実施時の阻害因子	0.31*	-0.16	-0.17*	-0.04	0.08	-0.08	-0.14

\* p&lt;0.05

ワークショップ直前と3カ月後のスクリーニング実施時に経験する困難・阻害要因の変化は、スクリーニング実施時に経験する困難は有意差がなく、スクリーニング実施時の阻害要因は有意差が認められた(表2)。**参加者の背景とワークショップ直前の知識・考えとの関連の分析**

スクリーニングツールの使用方法に関する知識は、年間新入院・年間新外来がん患者数、病床総数、院内がん登録数と負に相関し、スクリーニング実践に関する阻害因子とPCT経験歴は正に相関した(表4)。それ以外の項目では有意な関連は認められなかった。

## 考 察

本研究のプライマリーアウトカムであるスクリーニング実施時の阻害因子に関してはワークショップ3カ月後に有意に低下しており、ワークショップに参加することでスクリーニング実施時に感じる妨げが軽減されたことが示され、ワークショップの有用性が示唆された。また、セカンダリーアウトカムであるスクリーニングに関する知識は、参加後有意に改善しておりワークショップによる好ましい効果が示唆されたが、スクリーニング実施時に経験する困難は参加前と3カ月後で有意差が認められなかった。ワークショップに関する感想は概ね良好であった。

ワークショップの改善点としては、複数の施設での取り組みやスクリーニングに使用しているツール提示する時間を設ける、内容を深めるためにディスカッションにかけ時間をもう少し増やす、チームで参加しディスカッションしその内容を持ち帰れるよう参加人数を増やす等が挙げられる。また、本研究の限界は、参加者がスクリーニングに関心のある参加希望者

に限られた点である。

スクリーニングツールの使用方法に関する知識とがん患者数・病床数は負に相関し、スクリーニング実践に関する阻害因子とPCT経験歴は正に相関したため、PCT経験歴が比較的長く、がん患者数が多いがん拠点病院の医師・看護師・薬剤師が対象者として適している可能性が示唆された。

## 結 論

ワークショップによりスクリーニング実施時の阻害因子が低下し、スクリーニングに関する知識が改善し、参加者からも好評であり、その有用性が示唆された。

**謝辞** ワークショップ実施に協力いただいた横浜市立大学附属病院荒井幸子氏、福井県済生会病院土田敬氏、聖隷三方原病院佐久間由美氏、国立がん研究センター中央病院平山貴敏氏、国立がん研究センター中央病院貞廣良一氏、長野市民病院横川史穂子氏に感謝する。また、本研究は平成27年度厚労科研補助金「がん対策推進総合研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」」による。

森田達也：講演料(塩野義製薬株式会社、協和発酵キリン株式会社)

その他：該当なし

内田、奥山、明智、松本は研究の構想およびデザイン、研究データの解釈、研究データの収集、分析、原稿の起草、原稿の重要な知的内容に関わる批判的な推敲に貢献；森田、木澤、木下は研究の構想およびデザイン、

研究データの解釈, 研究データの収集, 分析, 原稿の重要な知的内容に関わる批判的な推敲に貢献した。すべての著者は投稿論文ならびに出版原稿の最終承認, および研究の説明責任に同意した。

## 文 献

- 1) Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1160-77.
- 2) Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* 2013; 52: 216-24.
- 3) Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S, et al. Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List. *J Clin Oncol* 2013; 31: 3631-8.
- 4) Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, et al. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2010; 28: 4884-91.
- 5) Carlson LE, Waller A, Groff SL, et al. Online screening for distress, the 6th vital sign, in newly diagnosed oncology outpatients: randomised controlled trial of computerised vs personalised triage. *Br J Cancer* 2012; 107: 617-25.
- 6) 厚生労働省, がん診療連携拠点病院等の整備について. 2014. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000155799.pdf> (2018年3月1日アクセス).
- 7) Mitchell AJ, Lord K, Slattery J, et al. How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* 2012; 118: 6260-9.
- 8) 木澤義之, 梅田 恵, 新城拓也. 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. *Palliative Care Res* 2012; 7: 172-84.
- 9) Okuyama T, Kizawa Y, Morita T, et al. Current Status of Distress Screening in Designated Cancer Hospitals: A Cross-Sectional Nationwide Survey in Japan. *J Natl Compr Canc Netw* 2016; 14: 1098-104.

---

Original Research

---

## The Usability Study of Workshop to Spread Screening Triage Regarding Cancer Patients' Distress

Megumi Uchida,<sup>1,2)</sup> Toru Okuyama,<sup>1,2)</sup> Tatsuo Akechi,<sup>1,2)</sup> Tatsuya Morita,<sup>3)</sup>  
Yoshiyuki Kizawa,<sup>4)</sup> Hiroya Kinoshita,<sup>5)</sup> and Yoshihisa Matsumoto<sup>6)</sup>

1) Division of Psycho-oncology and Palliative Care, Nagoya City University Hospital,

2) Department of Psychiatry and Cognitive-behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences,

3) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital,

4) Department of Palliative Medicine, Kobe University Graduate School of Medicine,

5) Department of Palliative Care, Tokatsu Hospital,

6) Department of Palliative Medicine, National Cancer Center Hospital East

The aims of this study are 1. to evaluate the usability of workshop to introduce and manage distress screening effectively and efficiently and to use it for cancer patients and their family and 2. to consider the appropriate subject of workshop. All of the participants answered the questionnaire on the site (n=51). Their knowledge about screening practice, various screening tools and how to use screening tools and data from screening tool were significantly improved after the workshop. The workshop was highly regarded by participants. Thirty-eight of fifty-one patients responded to web questionnaire three months later (Response rate: 75%). More than thirty percent of participants put into practice what they learned in the workshop. The workshop decreased factors to interfere screening practice three months later. Knowledge about how to use screening tools was negatively correlated to number of cancer patients at hospital where participants worked and number of their hospital beds. And factor to interfere screening practice was negatively correlated to how long participants were involved in palliative care team. This study indicated the usability of workshop to spread screening triage program regarding cancer patients' distress. The workshop may be appropriate for medical staffs who have relatively much experience of palliative care team and who have difficulty in screening practice at designated cancer hospitals where number of cancer patients is relatively large.

Palliat Care Res 2018; 13(3): 273–79

Key words: distress screening, triage, cancer, palliative care

---