

92. 福田かおり, 森田達也, 他: 看取りのパンフレットの作成と実施可能性. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
93. 岩崎静乃, 森田達也, 他: ホスピス病棟入院患者の死亡前口腔内状況. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
94. 中澤葉宇子, 森田達也, 他: 緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難度を評価する尺度の作成と信頼性・妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
95. 宮下光令, 森田達也, 他: 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の短期効果. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
96. 明智龍男, 森田達也: シンポジウム1 精神的苦悩を緩和する: 日常臨床におけるケアと治療の実践. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
97. 三條真紀子, 森田達也, 平井啓, 内富庸介, 他: 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
98. 大西秀樹: 「がん患者の家族へのアプローチ」 第104回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム27 がん医療における精神医療の役割 平成20年5月31日、東京
99. 大西秀樹: 「患者家族との距離」 第19回日本サイコネフロロジー研究会シンポジウム「治療現場のひとと人の距離を考える」、平成20年6月29日、天童市
100. 大西秀樹: 「パリアティブ・セデーションと安楽死」 第14回日本臨床死生学会シンポジウム、平成20年9月6,7日、札幌市
101. 大西秀樹: 「がん患者家族が抱える精神的な問題点とその対応—精神科医の立場から」 第21回日本サイコオンコロジー学会シンポジウム3 「がん患者家族が抱える問題とそのケアについて」(座長兼務)、平成20年10月10日、東京

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。

## 2. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発

研究代表者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科  
研究協力者 赤澤輝和 聖隷三方原病院浜松がんサポートセンター  
森田達也 聖隷三方原病院緩和和支持治療科

研究要旨 進行・終末期がん患者の実存的苦痛に対するディグニティ・セラピーの実施可能性、予備的な有効性を検討するための多施設共同研究を行った。平成19年10月から調査を開始し、平成20年10月までの期間に11例が参加した。参加者の介入に対する満足度は比較的高かった一方で、適格患者の連続サンプリングを行った2つの緩和ケア病棟における本介入への参加拒否は86%にのぼった。以上より、本介入は我が国における実施可能性が低いことが示唆された。

A. 研究目的

進行・終末期がん患者の実存的苦痛は頻度が高く、quality of life に多大な影響を与えることが認識されたことにより、欧米を中心に積極的な取り組みが始まっている。しかし、我が国においては、実存的苦痛に対する介入法について、その実施可能性、臨床的な有用性をはじめほとんど知見が存在しない。そのため、すでに欧米から有用性が報告されているディグニティセラピー（dignity therapy）について、我が国への導入を検討することは、今後、独自の介入法を開発していく観点からみてもその意義は極めて大きいと考える。本研究では、我が国の進行・終末期がん患者におけるディグニティセラピーについて多施設共同前後比較研究により実施可能性・有用性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

対象：緩和ケア病棟4施設、がん専門病院3施設、および大学病院1施設のがん患者のうち、以下の適格基準を満たすものを対象とした。1) がん診断告知を受けている、2) 推定予後6ヵ月未満、3) 20歳以上、4) 約10日間の間に30分～60分の面接に3・4回参加できる、5) 認知症、せん妄など重篤な認知障害がない。（本条件については臨床状況をみて柔軟に運用する。すなわち、外来患者などの場合4週間に3-4回の面接へ参加可能な場合でも満たすものとする）

研究デザイン：前後比較研究

介入：Chochinov らの方法に基づくディグニティセラピー（Chochinov HM et al, JCO 2005）を以下のように施行した。

対象者に以下の質問プロトコールに沿った質問を行いながらインタビューを行った。質問プロトコールはインタビュー前に、あらかじめ患者に渡しておいた。インタビュー内容は録音し、文書として書き起こし編集を行った。本編集物は患者に供覧され、適宜訂正等を行い、患者が了承したものが最終的な文書として提供された（generativity document: 世代継承生成性文書）。

インタビューは、サイコオンコロジーあるいは緩和ケアに従事した経験を有する精神科医、心療内科医、臨床心理士、緩和ケア医、看護師のうち、本研究グループが実施するdignity therapy のトレーニングワークショップ（2007年7月15日に国立がんセンター中央病院、同8月25日に名古屋市立大学で施行した。）に参加したものが行った。

ディグニティセラピーの質問プロトコール：

・あなたがこれまでの人生において、特に記憶に残っていることや最も大切だと考えていることについて少しお話ししていただけますか？あなたが最も生き生きしていたと感じるのはいつ頃ですか？

・あなた自身について、特に家族に知っておいてもらいたいことや覚えておいてもらいたいことはありますか？



・あなたがこれまでの人生で果たしてきた役割の中で、最も大切だと考えていることはどのようなことでしょうか？（例えば、家族、職業、地域活動など）。どうしてそれらはあなたにとって大切なのですか？そして、あなたはそれらの役割を達成したと思いますか？

・あなたにとって最も重要な達成は何でしょうか？また、最も誇りに感じていることはどのようなことでしょうか？

・あなたの愛する人に、特に話しておきたいと感じること、もう一度話しておきたいことはありますか？

・あなたの愛する人たちに対する夢や希望はどのようなことでしょうか？

・あなたが人生から学んだことで他の人たちにも伝えておきたいことはどのようなことですか？（息子、娘、夫／妻、両親などに）残しておきたいアドバイスや導きの言葉はどのようなことですか？

・将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉や助言などはありますか？

・この永久記録を作成するにあたり、その他に付け足しておきたいことはありますか？

主要評価項目：拒否率、脱落率、Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being; The 12-item Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) : FACIT-Sp-12はmeaning/peace(8項目)、faith(4項目)の2因子から構成される。本尺度は、身体面、家族・社会面、感情面、機能面から構成されQOL尺度であるFunctional Assessment of Cancer Therapy-General Version (FACT-G) (Cella, et al., 1993)のspirituality追加尺度であり、日本語版の信頼性・妥当性も確認されている(Noguchi, et al., 2004)。各質問項目に対して「非常によくあてはまる」から「全くあてはまらない」の5件法で求める自己記入式質問紙である。

副次的評価項目：Dignity Therapy Feedback Questionnaire (DTFQ) : ディグニティセラピーの全セッション終了時に、先行研究(Chochinov, et al., 2005)の尊厳、有益性、満足度、意味、目的、苦悩、生きる意思の感覚、家族に対する有益性に加え、我が国における独自の項目として、心の穏やかさ、身体的負担度、他の患者への推奨度を加え、ディグニティセラピーによるフィードバックを0-4点の5件法(0:全くそう思わない-4:強くそう思う)で求めた。

目標症例数：40例

(倫理面への配慮)

本研究への協力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り、不参加・撤回による不利益は生じないことを文書にて説明した。また、得られた結果は統計学的な処理に使用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明する。本研究への参加に同意が得られた場合は、同意書に参加者本人の署名をしていただいた。

### C. 研究結果

平成19年10月から調査を開始し、平成21年1月までの期間に11例が参加した。11例の内訳は、女性が7例、60代、70代が各々3例、胃がん、大腸がん、乳がんが各々2例ずつであった。

緩和ケア病棟2施設においては、適格患者の連続サンプリングを行い適格性を満たした全22例の患者に対して本研究の説明を行ったが、3名のみが参加の意思を示し、19名(86%)の患者は参加を辞退した。参加の意思を示した3名と辞退した19名の間において、年齢、性別、施設に有意な差は認めなかった。

前述の11例のうち2例はすべての介入後のデータが得られず(いずれも本人希望で介入が中止となった)、1例は介入後のデータとしてDTFQのみ得られた。

介入前後のデータが得られた8名(女性6名、乳がん2名、PS 3/4が5名、)を対象に、介入前後のFACIT-Sp-12のスコアを比較したところmeaning/peace、faithのいずれの低位尺度においても有意な変化は認められなかった。なお、ディグニティセラピーの初回インタビューに要した時間は37-53分であり、平均44±6分、中央値42.5分であった。共同作業による編集のために要した時間は10-30分であり、平均21±7分、中央値20分であった。

介入後にDTFQが得られた9例を対象にしたところ、各々の項目で以下の割合の参加者が5件法(0-4点)で3点以上であった。(ディグニティセラピーは)私の尊厳を向上させるのに役立った:67%、私にとって有益だった:56%、私にとって満足のいくものだった:44%、私の現在の状況がより意味のあるものだと感じることに役立った:56%、私の心が穏やかな状態になることに役立った:56%、私の人生の目的を高めた:44%、私の気持ちのつら

さを和らげた：44%、私の生きるちからを高めた：33%、私の家族にとって助けになるだろう：78%、からだの負担になった：0%、他の患者さんにも勧めることができる：33%。

参加を拒否した症例の中に、一部介入自体の性質への不快感を示す言葉が認められた。拒否率が予想以上に高かった結果を受け、研究班で研究の継続に関して話あった結果、本研究の紹介をすることが一部患者の精神的動揺につながる可能性を考慮し本研究は一部施設を除き、平成20年10月に中止することとなった。

#### D. 考察

緩和ケア病棟における拒否率の高さより、本介入は我が国において実施可能性が低いことが推測された。その背景には、死を否認する防衛機制が働いている可能性が示唆された。我が国の遺族調査より明らかになった「望ましい最期」の概念の中には、終末期において死を意識しないで過ごすことが含まれており、このような文化差が影響している可能性が考えられた。

一方ではディグニティセラピーに参加した患者の満足度は比較的高かったため、本介入の施行にあたっては適応患者を慎重に選択することが重要であることが示唆された。

#### E. 結論

欧米で高い実施可能性、有用性が示唆されているディグニティセラピーは我が国の終末期がん患者における実施可能性は低いと考えられた。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. Akechi T, Hirai K, Okuyama T et al: Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: Preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38:867-870.
2. Akechi T, Okuyama T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 ; CD005537.

3. Asai M, Akechi T, Shimizu K, Uchitomi Y et al: Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at national cancer center hospitals in Japan. *Palliat Support Care* 2008;6:225-230.
4. Azuma H, Akechi T, et al: Absence status associated with focal activity and polydipsia-induced hyponatremia. *Neuropsychiatr Dis Tre*, 2008;4:495-498.
5. Endo C, Akechi T, Okuyama T, et al: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38:653-660.
6. Fujita A, Akechi T, et al: Adequacy of continuation and maintenance treatments for major depression in Japan. *J Psychopharmacol* 2008;22:153-156.
7. Inagaki M, Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2008;35:153-161.
8. Nakaya N, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. *Psychooncology* 2008;17:466-473.
9. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Factors correlated with fatigue in terminally ill cancer patients: A longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2008;35:515-523.
10. Okuyama T, Akechi T, et al: Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: A study of Japanese patients with lung cancer. *Psychooncology* 2008;17:460-465.
11. Saito-Nakaya K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Marital status and non-small cell lung cancer survival: The lung cancer database project in Japan. *Psychooncology* 2008;17:869-876.
12. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the modified



- nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Palliat Support Care* 2008;6:29-32.
13. Akechi T, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psychooncology* 2009;18:23-29.
  14. Akechi T, Shimizu K, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: A comparison of the dsm-iv criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* in press
  15. Akechi T, Okuyama T, et al: Delirium training program for nurses. *Psychosomatics* in press
  16. Okamura M, Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* in press
  17. Okuyama T, Akechi T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the short-form supportive care needs survey questionnaire (scns-sf34-j). *Psychooncology* in press
  18. Okuyama T, Akechi T, et al: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under-recognition of depression by physicians: A preliminary study. *Palliative and Supportive Care* in press
  19. Omori I, Akechi T, et al: Efficacy, tolerability and side effect profile of fluvoxamine for major depression: Meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology* in press
  20. Sagawa R, Akechi T, Okuyama T, et al: Etiologies of delirium and their relationship to reversibility and motor subtype in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* in press
  21. Yamanishi T, Akechi T, et al: Changes in regional cerebral blood flow in responders versus nonresponders to behavior therapy among patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging* in press
  22. 明智龍男: 癌患者にみられる代表的な精神症状とその対策: コンセンサス癌治療 7, 14-18, 2008
  23. 明智龍男, 内富庸介: がん患者のうつと自殺: 学術の動向 3, 44-48, 2008
  24. 明智龍男: 研究プロジェクト-精神心理的介入のエビデンス: 緩和医療学 10, 250-255, 2008
  25. 明智龍男: がん患者はなぜ死を望むのか: 分子精神医学 8, 272-274, 2008
  26. 明智龍男: サイコオンコロジーにおけるEBM: 精神科 13, 99-104, 2008
  27. 明智龍男: 精神科医のがんチーム医療への参加: 腫瘍内科 2, 322-328, 2008
  28. 明智龍男: がん患者の自殺企図とその対策: 血液・腫瘍科 57, 575-580, 2008
- 学会発表
1. Akechi T, Okuyama T, et al: Delirium training program for nurses. 10<sup>th</sup> World Congress of Psycho-Oncology. June 9-13, 2008 (Madrid)
  2. Okuyama T, Akechi T, et al: Reliability and validity of the Short-Form Supportive Care Needs Survey- Japanese version (SCNS-SF34-J). 10<sup>th</sup> World Congress of Psycho-Oncology. June 9-13, 2008 (Madrid)
  3. Inagaki M, Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. 10<sup>th</sup> World Congress of Psycho-Oncology. June 9-13, 2008 (Madrid)
  4. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery. 10<sup>th</sup> World Congress of Psycho-Oncology. June 9-13, 2008 (Madrid)
  5. Kobayakawa M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Serum brain derived neurotrophic factor and antidepressant-naïve major depression after lung cancer diagnosis. 10<sup>th</sup> World Congress of Psycho-Oncology. June 9-13, 2008 (Madrid)

6. Akechi T, Okuyama T, et al : Delirium training program for nurses. 55<sup>th</sup> Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine. Nov 19-23, 2008 (Florida)
  7. Okuyama T, Akechi T, et al : Reliability and validity of the Short-Form Supportive Care Needs Survey- Japanese version (SCNS-SF34-J). 55<sup>th</sup> Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine. Nov 19-23, 2008 (Florida)
  8. 明智龍男 : 最新のサイコオンコロジー : がん患者はなぜ死を望むのか? 第6回日本臨床腫瘍学会学術集会 教育セッション, 2008年3月21日(福岡)
  9. 明智龍男 : がん医療における精神医療の役割-がん患者に対する精神療法. 第104回日本精神神経学会学術総会シンポジウム, 2008年5月29-31日(東京)
  10. 明智龍男 : 終末期医療における臨床倫理: こんな時どう考える?-サイコオンコロジーの立場から. 第13回日本緩和医療学会総会シンポジウム, 2008年7月4-5日(静岡)
  11. 明智龍男 : がん患者と自殺-がん患者はなぜ死を望むのか? 第21回日本総合病院精神医学会総会シンポジウム, 2008.11月28-29日(千葉)
  12. 奥山徹, 明智龍男, 他 : がん患者の支持的ケアのニーズを測定する: Short form Supportive Care Needs Survey 日本語版 (SCNS-SF34-J) の開発. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008年7月4-5日(静岡)
  13. 赤澤輝和, 森田達也, 明智龍男, 他 : 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア: J-HOPE Study. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008年7月4-5日(静岡)
  14. 赤澤輝和, 森田達也, 明智龍男, 他 : 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア: J-HOPE Study. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008年10月9-10日(東京)
  15. 奥山徹, 明智龍男, 他 : がん患者の支持的ケアのニーズを測定する: Short-form Supportive Care Needs Survey-日本語版 (SCNS-SF34-J) の開発. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008年10月9-10日(東京)
  16. 浅井真理子, 明智龍男, 清水研, 内富庸介, 他 : がん専門病院の精神科を受診したがん患者の家族の精神医学的診断と背景要因の検討. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008年10月9-10日(東京)
  17. 清水研, 明智龍男, 内富庸介, 他 : 頭頸部がんの Post-radical neck dissection pain に panic attack が合併した2例. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008年10月9-10日(東京)
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得  
なし。
  2. 実用新案登録  
なし。
  3. その他  
特記すべきことなし。



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

研究分担者 内富庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

**研究要旨** 前年度より試行した外来通院治療センターでの適応障害・抑うつスクリーニングプログラムを臨床での運用が可能な方法に修正した。その実施状況を記述し、スクリーニング対象および介入方法に関して検討した。

その結果、スクリーニング実施率は 68.8%で、スクリーニング陽性率は 26.5%であった実施可能性は示されたが、受診率は 1%であり、適応障害・うつ病の診断率も 0.4%に留まった。

適応障害・抑うつスクリーニングプログラムは外来でも実施可能であることが示された。今後、有用性の高いスクリーニングを実施するにあたり、介入時期・介入方法を検討する必要がある。

A. 研究目的

がん患者における抑うつ（適応障害・うつ病）は高い有病率にも関わらず、臨床現場では見過ごされやすく、専門的治療を受けている患者は限られている。我々は、これまでに抑うつに対するスクリーニングツール（つらさと支障の寒暖計）を開発し、入院患者に対するスクリーニング介入の有用性を示してきた。また、近年抗がん治療の外来化が進んでいることを受け、2007年4月より、国立がんセンター東病院通院治療センターにおいて外来化学療法を施行するがん患者に対し、スクリーニングを施行し、その得点に応じて精神腫瘍科受診を推奨するという“適応障害・抑うつスクリーニングプログラム”を臨床導入した。昨年は、プログラム実施前後の比較検討をおこない、早期治療導入に関する有用性を示した。

本年度は、スクリーニングを臨床に近い形で実施が可能な運用を検討するために運用方法の一部を修正し、心理療法士が通院治療センターに外向き受診を推奨する運用をおこなった。通院治療センターにおけるスクリーニングプログラム開始1年後の実施状況をまとめるとともに、実施方法を検討した。

B. 研究方法

【対象】

2008年4月1日から2008年9月30日の6ヶ月間に国立がんセンター東病院通院治療センターにおいて外来化学療法を開始したがん

患者全例。

【症例の選択基準】

1. 適格条件

以下の全てを満たすものとした。

- 1) がんの診断が臨床的もしくは組織学的、病理学的に確認されている。
- 2) 国立がんセンター東病院通院治療センターにおいて外来化学療法を開始し、同じレジメンにおいて第2回目の薬剤指導を受ける患者。

2. 除外条件

なし

【臨床介入研究】

適格基準を満たしている患者が通院治療センターを利用し、薬剤指導を受ける際に、薬剤師が患者に対し、精神的ストレスのスクリーニング（つらさと支障の寒暖計）を施行する。その結果、適応障害・うつ病が疑われる症例（陽性者）に対しては、その場で患者に結果をフィードバックし、精神的ストレスに関して概説したパンフレットを配布すると同時に精神腫瘍科受診を推奨する。薬剤師による精神腫瘍科受診推奨が困難と判断した場合、精神腫瘍科心理療法士に連絡し、連絡を受けた心理療法士が精神科受診推奨を実施する。患者の同意が得られた場合は、患者の意向をもとに当日もしくは次回受診日等に精神腫瘍科外来の予約を入れる。

【調査項目及び調査方法】

以下は全て国立がんセンター東病院の診療オーダーリングシステムのデータと臨床データ



ベース、診療録より後方視的に調査した。

#### 1. 実施状況

- 1) 適格症例中のスクリーニング実施率
- 2) スクリーニング実施患者のスクリーニング得点及び陽性率
2. 精神腫瘍科受診率

2008年4月1日から9月30日の間に通院治療センターにおいて初回化学療法を施行した全患者のうち、3ヶ月以内に精神腫瘍科を受診した患者の割合。

#### 3. 適応障害・うつ病診断率

2008年4月1日から9月30日の間に通院治療センターにおいて初回化学療法を施行した全患者のうち、3ヶ月以内に精神腫瘍科を受診し、適応障害またはうつ病と診断された患者の割合。

#### 4. 初回化学療法から精神腫瘍科受診までの日数

2008年4月1日から9月30日の間に通院治療センターにおいて初回化学療法を施行した全患者のうち、3ヶ月以内に精神腫瘍科を受診した患者、適応障害・うつ病と診断された患者の初回化学療法施行日から精神腫瘍科受診までの日数。

#### (倫理面への配慮)

研究の施行にあたり、国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得た。また、本研究への協力は個人の自由意志によるものとした。

#### C. 研究結果

2008年4月1日から9月30日までに選択基準を満たした患者は601名であった。そのうち、スクリーニング実施率は68.8% (415名)であった。つらさと支障の寒暖計の得点(平均±SD)は、つらさ $2.8 \pm 2.6$ 点、支障 $1.9 \pm 2.4$ 点、スクリーニング陽性率は26.5% (110名)であった。スクリーニング陽性者のうち、14名に対して心理療法士が精神腫瘍科受診推奨を行った。また精神腫瘍科受診率、適応障害・うつ病診断率はそれぞれ1.0% (6名)、0.4% (3名)であった。初回化学療法施行日から精神腫瘍科受診、診断までの日数は41±20.8日であった。

なお、スクリーニング陰性者もしくはスクリーニング対象外者に対しても、薬剤師または看護師が精神腫瘍科受診を必要と判断した場合、その旨を心理療法士に連絡し、連絡を受けた心理療法士が受診を推奨することも同時におこなった。その結果、スクリーニング

対象外から12名に対して受診推奨をおこなった。結果として、3名が精神腫瘍科を受診し、1名が適応障害と診断された。

#### D. 考察

今回、臨床での実施を前提とした運用方法の修正・改善をおこなった。その結果、スクリーニング実施率は68.8%を維持しており、十分な実施可能性は示された。また、スクリーニング陽性率は26.5%であり、これまでの適応障害・うつ病の有病率調査の報告とほぼ同等レベルであった。

精神腫瘍科受診率ならびに適応障害・うつ病診断率に関しては、低値に留まっていた。これは外来での精神腫瘍科受診は、入院と比較して時間的・空間的制約が大きいこと、また化学療法実施中の患者は身体状況(PS)が良いため、精神的ケアのニーズが低いことがあげられる。今後、外来の設定で、精神的負担が重く、かつ危機介入が必要な時期として緩和ケアへの移行期が考えられるため、緩和ケア移行期においてスクリーニングプログラムを導入し、その有用性を検討する必要がある。

加えて、患者と同様に家族にも5-20%の割合で抑うつ症状が認められている。家族の抑うつ症状は、家族のQOL低下の要因でもあり、家族の意思決定や悲嘆にも影響する。特に今日は在宅療養が積極的に推進されており、在宅介護の負担は今後ますます増加すると予想されることから、家族への積極的な介入の必要性は増している。

よって、今後は患者及び家族の負担が増し、危機介入の必要性の高い緩和ケア移行期において、患者及び家族に対し抑うつのスクリーニングを実施し、介入を行うプログラムを導入しその有用性を検討することを考えている。

#### E. 結論

国立がんセンター東病院通院治療センターでの適応障害・うつ病スクリーニングプログラムを臨床で運用できるように修正し、その状況を報告した。スクリーニング実施率ならびにスクリーニング陽性率は70%あり実施可能性は示されたが、精神腫瘍科受診率、適応障害・うつ病診断率は低値であった。スクリーニングの実施にあたっては、実施場所および対象の選定に検討が必要である。

今後は、がん患者と同様に家族に対しても緩和ケアの提供が求められていること、緩和

ケア移行期は患者家族両者に負担が増すことから、緩和ケア移行期において、患者及び家族を対象としたスクリーニングプログラムの実施可能性を検討する。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. Asai M, Akechi T, Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. Palliat Support Care 6: 225-30. 2008
2. Hamaguchi T, Uchitomi Y, et al: Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. Disabil Rehabil 30: 559-64. 2008
3. Hara E, Uchitomi Y, et al: Hippocampal and amygdalar volumes in breast cancer survivors with posttraumatic stress disorder. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 20: 302-8. 2008
4. Hirai K, Uchitomi Y, et al: Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a brief cancer-related worry inventory. Psychooncology 17: 1172-9. 2008
5. Inagaki M, Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 35: 153-61. 2008
6. Manami Y, Uchitomi Y, et al: Psychological impact and associated factors after disclosure of genetic test results concerning hereditary non-polyposis colorectal cancer. Stress and Health 24: 407-12. 2008
7. Miyashita M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y, et al: Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. J Pain Symptom Manage 35: 486-98. 2008
8. Miyashita M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. Psycho-oncology 17: 612-20. 2008
9. Miyashita M, Hirai K, Morita T, Uchitomi Y, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. Support Care Cancer 16: 217-22. 2008
10. Motohashi N, Uchitomi Y, et al: Revised psychopharmacological algorithms for the treatment of mood disorders in Japan. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 12: 11-8. 2008
11. Nakaya N, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. Psychooncology 17: 466-73. 2008
12. Okamura M, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. Psychooncology 17: 154-60. 2008
13. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study. J Pain Symptom Manage 35: 515-23. 2008
14. Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al: Marital status and non-small cell lung cancer survival: the Lung Cancer Database Project in Japan. Psychooncology 17: 869-76. 2008
15. Sanjo M, Morita T, Hirai K, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage 35: 275-82. 2008
16. Sato K, Morita T, Uchitomi Y, et al: Reliability Assessment and Findings of a Newly Developed Quality Measurement Instrument: Quality Indicators of End-of-Life Cancer Care from Medical Chart Review at a Japanese Regional Cancer Center. J Palliat Med 11: 729-37. 2008
17. Sato K, Morita T, Uchitomi Y, et al: Quality of end-of-life treatment for



- cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. *Support Care Cancer* 16: 113-22. 2008
18. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Palliative and Supportive Care* 6: 29-32. 2008
19. Shiozaki M, Uchitomi Y, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* 17: 926-31. 2008
20. 明智龍男, 内富庸介: がん患者のうつと自殺. *学術の動向* 13: 44-8. 2008
21. 稲垣正俊, 内富庸介: がん患者の倦怠感(がんに関連する倦怠感). *精神医学* 50: 587-95. 2008
22. 内富庸介, 藤森麻衣子: がん患者の精神症状マネジメントとコミュニケーションスキル 緩和ケアチームにおける精神医学の技術の効用 精神腫瘍学の臨床・教育経験から. *臨床精神薬理* 11: 768-76. 2008
23. 内富庸介: がん医療における家族への配慮. *ナース専科* 29: 92-5. 2008
24. 内富庸介: サイコオンコロジー総論. *日本病院薬剤師会雑誌* 44: 1748-50. 2008
25. 内富庸介: がん患者の心の痛み: *Psycho-Oncology* の臨床実践. 慢性疼痛 27: 17-21. 2008
26. 内富庸介: がん患者さんが陥りやすい抑うつ状態にどうかかわるか. *ナース専科* 28: 96-9. 2008
27. 内富庸介: がんに対する心の反応を理解しよう. *ナース専科* 28: 100-3. 2008
28. 内富庸介: がん医療における心のケアとコミュニケーション. *医薬の門* 48: 2(226)-8(32). 2008
29. 内富庸介: *Psycho-Oncology* の臨床応用について. *Pain Clinic* 29: 1004-5. 2008
30. 小川朝生, 内富庸介: がん終末期の精神症状とその対策—サイコオンコロジーの役割—. *外科治療* 99: 566-73. 2008
31. 小川朝生, 内富庸介: 肺癌と精神腫瘍学. *Pharma Medica* 26: 67-70. 2008
32. 小川朝生, 内富庸介: チーム医療とは 基本的な概念の整理. *腫瘍内科* 2: 273-9. 2008
33. 白井由紀, 内富庸介, 他: コミュニケーション・スキル・トレーニング (CST) プロジェクト. *緩和医療学* 10: 263-70. 2008
34. 藤森麻衣子, 内富庸介: 癌患者とのコミュニケーション. *コンセンサス癌治療* 7: 44-7. 2008
35. 藤森麻衣子, 内富庸介: がん医療におけるコミュニケーション・スキル: SHARE とは. *医薬の門* 48: 9(233)-13(7). 2008
36. 藤森麻衣子, 内富庸介: がん医療における心理的支援の可能性. *こころの科学* 140: 2-9. 2008
37. 松岡豊, 内富庸介: 扁桃体の臨床 海馬・扁桃体の体積計測法とサイコオンコロジー. *Clinical Neuroscience* 26: 427-30. 2008
38. 山田祐, 内富庸介, 他: サイコオンコロジーとは. *コンセンサス癌治療* 7: 4-7. 2008
- 学会発表
1. 内富庸介. コミュニケーションスキル. 松江市立病院研修会. 2008. 島根
2. 内富庸介. がん医療におけるコミュニケーション技術. がん医療におけるコミュニケーション技術研修. 2008. 島根.
3. 内富庸介. サイコオンコロジー. がんプロフェッショナル養成プラン大学院腫瘍専門医コース. 2008. 東京.
4. 内富庸介. サイコオンコロジー: 人の心の機能から国の取り組みまで. 第 21 回日本総合病院精神医学会総会. 2008. 千葉
5. 内富庸介. がん医療におけるコミュニケーションスキル. 日本プライマリ・ケア学会第 22 回近畿地方会. 2008. 大阪
6. 内富庸介. コミュニケーションスキル: がんをどう伝えるか?. 第 46 回日本癌治療学会イブニングセミナー 4. 2008. 愛知
7. 内富庸介. がん医療におけるコミュニケーション技術. 第 46 回日本癌治療学会総会. 2008. 愛知
8. 内富庸介. がん医療これからどうなる. 心の支援対策の第一歩. 日本経済新聞出版社. 2008. 東京
9. 内富庸介. 1. 精神腫瘍学の定義、発展の背景について 2. がん患者の心理の正常な反応と正常を逸脱した症状について. がん看護学・緩和ケア特論Ⅲ 精神腫瘍学. 2008. 千葉
10. 内富庸介. がん患者との対話. 第 100 回



メンタルケア・スペシャリスト養成講座。  
2008. 東京。

11. 内富庸介, がん医療における心のケア対策. 第3次対がん10か年総合戦略 第2回合同シンポジウム. 2008. 東京.
  12. 内富庸介, サイコオンコロジー: がん医療における心の医学. 第27回日本社会精神医学会. 2008. 福岡.
  13. 浅井真理子, 内富庸介, がん医療に関わる医師のバーンアウト -国内外の実態-. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 静岡.
  14. Uchitomi Y, Grassi L. Development of Psycho-Oncology Network: the experience of the IPOS and the Southern European Research Network on Distress Screening among Cancer Patients. in The 1st Meeting of the East Asia Psycho-Oncology Society(EAPOS). 2008. Tokyo.
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得  
なし。
  2. 実用新案登録  
なし。
  3. その他  
特記すべきことなし。

外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

研究分担者 清水 研 国立がんセンター中央病院精神科

研究要旨 昨年度までにがん患者の抑うつは国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった介入法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせさせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。本研究には、全国多施設におけるプログラムの実施可能性と有用性の確認を行うことを目的とする。研究実施施設が、国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院、慶応大学病院、広島大学病院の4施設に決定した。国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院、広島大学病院では、既に介入期間が終了し、慶応大学病院においては施設内倫理委員会による承認が終了している。

A. 研究目的

がん患者に認められる精神症状で頻度が高いものは適応障害と大うつ病であるが、看過されやすい症状であるため、NCCNのガイドラインでは、定期的な精神症状のスクリーニングを実施し、スクリーニングで陽性となる患者に対しては、精神科医などの専門家が積極的に関与することを推奨している。

国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった介入法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせさせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。今後は全国への早期均てん化が望まれ、現時点で本プログラムを全国多施設にベストプラクティスとして導入する予定である。本研究においては、全国多施設において、プログラムを臨床導入する際に実態調査を行い、現行のわが国の実地がん臨床において、プログラムの実施可能性と有用性の確認を目的とする。

B. 研究方法

次の基準を満たす施設を、多施設共同研究の参加施設とした。①外来がん患者に対して、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診

の推奨を組み合わせさせたプログラム」を導入する。②有用性の指標として、精神科受診率（適応障害、大うつ病で精神科受診となった患者の割合）を評価する。③実施可能性の指標としてつらさと支障の寒暖計の実施率（つらさと支障の寒暖計を実施した患者の全プログラム対象患者に対する割合を）を評価する。

（倫理面への配慮）

研究実施に先立ち、各施設において施設内倫理委員会による承認を得る。本プログラムは、既にガイドライン等で臨床実践を行うことが推奨されているものであり、データ収集に関しては通常の臨床にて得られる範囲のものにとどまっているため、患者からの書面による同意取得に関しては、不要であると判断した。また、データ収集にあたっては患者を特定可能とするような情報は収集していない。

C. 研究結果

昨年、研究実施施設が、国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院、慶応大学病院、大阪北野病院、広島大学病院の5施設に決定したが、そのうち大阪北野病院ではスクリーニング介入を行うための人員配置が

難しいため、実施を断念した。国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院、広島大学病院では、既に介入期間が終了し、慶応大学病院においては施設内倫理委員会による承認が終了している。

#### D. 考察

各施設での介入結果の詳細は、個々の報告書に譲る。今後、全参加施設での介入結果が得られることにより、がん専門病院、大学病院、一般総合病院といった、様々な特性を持った施設においての、本プログラムの有用性、実施可能性が明らかになることが期待される。

#### E. 結論

本多施設共同研究の枠組みが決定し、一部の施設において介入が終了している。

#### F. 健康危険情報

特記すべきものなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. Asai M, Akechi T, Shimizu K, et al. Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. Palliative and Supportive Care 6: 225-30, 2008
2. Shimizu K, Akechi T, et al. Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Palliative and Supportive Care 6: 29-32, 2008
3. 清水 研, 他造血幹細胞移植を受ける血液がん患者に対する精神症状スクリーニング. 総合病院精神医学 20: 123-8, 2008

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。



厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)  
分担研究報告書

外来化学療法中のがん患者のQOLの評価法および患者への介入

研究分担者 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 松島英介  
研究者 松田彩子 小林未果

研究要旨：化学療法を受ける患者のQOLを入院中から外来化学療法にかけて経時的に評価した。その結果、退院前の全体のQOLが外来治療最終回のそれに比べて低下した群と低下しなかった群とに分けることができた。この二群でQOLの下位尺度を比較したところ、低下群では外来化学療法初回時も退院時よりQOLが低いことがわかった。また、外来化学療法初回時のQOL全体の低下のなかでも、家族社会面のQOLが退院時より低下していた。外来化学療法最終クール実施時または治療終了時では、QOL全体の低下のなかでも、感情面や副作用に関連した悪性リンパ腫に特異的な面のQOLが低下し、また不安は上昇していた。

これより、外来化学療法ではそれぞれの時期に応じて、全体のQOLの低下に及ぼす個々の要因に対処していく必要があることがわかった。

A. 研究目的

近年、がんの化学療法における治療の場は、急速に入院から外来化学療法へと移行している。しかし、化学療法は副作用をともない、患者に心身のストレスを引き起こすことにより、患者のQuality of Life (QOL)全体に大きな影響を及ぼしている。患者が日常生活や社会生活を行いつつQOLを維持し、向上させることは外来化学療法の目標のひとつとなる。本研究は外来化学療法室で治療を受ける患者の心理的側面をはじめとするQOL全体について、その実態を客観的に把握することを目的とする。

本研究は、化学療法を受ける患者のQOLを入院期間から外来化学療法期間にかけて、経時的に評価し、その実態を客観的に把握するとともに、より有効な評価法を確定し、介入の手がかりを検討することを目的とする。今回は、悪性リンパ腫の患者を対象とする。

B. 研究方法

東京医科歯科大学医学部附属病院血液内科に化学療法予定で受診した悪性リンパ腫患者のうち、12名(平均年齢61.7±14.3歳;男性5名、女性7名;悪性リンパ腫12名)を対象とした。その適格条件は以下の①～⑦とした。  
①20歳以上、②悪性リンパ腫と診断され、病

名を告知されている、③検査時、他の悪性腫瘍に罹患していない、④化学療法が予定されている、⑤調査に耐えうる身体状況である、⑥重篤な認知障害がない、⑦精神障害の既往歴・現病歴がない。これらの対象に研究の趣旨を十分に説明し、文書にて同意を得たうえで、調査を実施した。調査項目はHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)を用いて心理特性について、Functional Assessment of Cancer Therapy -General version (FACT-G)および、FACT-Lymphoma (FACT-Lym)を用いてQOLについて調べ、これら入院期間3回(化学療法前、化学療法開始後7日～10日、退院前)、外来化学療法期間3回(外来化学療法1回目、4クール目、外来化学療法最終回または治療終了時)計6回実施した。さらに、医学的情報(腫瘍の種類、臨床病期、全般的身体状況(PS)、血液・生化学的検査(血算および一般生化学検査)、がん確定診断告知から調査までの期間、入院期間、治療方針、悪性腫瘍家族歴、他の悪性腫瘍の既往歴)、人口統計学的因子(年齢、性別、家族構成、婚姻状況、職種職歴、教育年数、信仰など)を診療録、病棟スタッフからの聴取、必要に応じて面接により得た。

倫理面への配慮として、研究実施に先立ち、研究計画を東京医科歯科大学医学部倫理委員会に提出し、その科学性・倫理性について承

認を得た。

### C. 研究結果

FACT - Lym に関して、Cella らの基準を参考にして、退院時の得点より外来化学療法最終クール実施時または治療終了時の得点が低下した患者（得点差：-35.0～-15.1）は6名いた。この6名を対象に、退院時と外来化学療法初回時、退院時と4クール実施時、退院時と外来化学療法最終クール実施時または治療終了時でFACT - Lymの得点に差があるかどうかをみるために、ウィルコクソンの順位和検定を行ったところ、退院時と外来化学療法初回時、退院時と外来化学療法最終回または治療終了時の間に有意差があり、いずれもQOLは低下していることがわかった。

次に、下位尺度（身体面、感情面、家族社会面、機能面、悪性リンパ腫に特異的な面）と不安や抑うつに関して、退院時と外来化学療法初回時、退院時と外来化学療法最終クール実施時または治療終了時で、差があるかどうかをみるために、ウィルコクソンの順位和検定を行った。退院時と外来化学療法初回時に有意差があらわれたのは、家族社会面のQOLであり、外来化学療法初回時に低下した。退院時と外来化学療法最終クール実施時または治療終了時に有意差があらわれたのは、感情面、悪性リンパ腫に特異的な面、不安で、感情面および悪性リンパ腫に特異的な面のQOLは低下し、不安は上昇した。

また、FACT - Lym に関して、退院時の得点より外来化学療法最終クール実施時または治療終了時の得点に変化しない、ないしは上昇した患者（得点差：-5.2～+18.8）が6名いた。この6名を対象に、FACT - Lymの合計、下位尺度（身体面、家族社会面、感情面、機能面、悪性リンパ腫に特異的な面）と不安や抑うつに関して、退院時と外来化学療法初回時、退院時と外来化学療法最終クール実施時または治療終了時で、差があるかどうかをみるために、ウィルコクソンの順位和検定を行ったところ、機能面のQOLで、退院時と外来化学療法最終クール実施時または治療終了時に有意差があらわれ、退院時より外来化学療法最終クール実施時または治療終了時のほうが、上昇していた。

### D. 考察

退院時より外来化学療法最終クール実施時または治療終了時のほうが、QOLが低い患者は、外来化学療法初回時も退院時よりQOLが低いことがわかった。外来化学療法初回時のQOL全体の低下のなかで、とくに家族社会面のQOLが退院時より低下していた。外来化学療法最終クール実施時または治療終了時では、QOL全体の低下のなかで、感情面や副作用に関連した悪性リンパ腫に特異的な面のQOLが低下し、不安の上昇がみられた。

以上のことより、それぞれの時期に応じて、QOLの低下に及ぼす要因に対処していく必要があることがわかった。

### E. 結論

今後は、化学療法のもたらす影響を入院から外来にかけて評価する対象患者を増やし、解析を進めていく。そして、予防的アプローチもふまえたさらなる取り組みを考察する。また、外来化学療法において、悪性リンパ腫の患者だけでなく、外来化学療法を受ける悪性リンパ腫以外のがん患者のQOLを調査し、それぞれの適切な介入の時期を探る。

### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

### G. 研究発表

論文発表

なし。

学会発表

1. 松田彩子、松島英介、他：入院から外来化学療法に移行する悪性リンパ腫患者のQOL。第21回日本サイコロジ学会総会。2008.10、東京

### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

外来化学療法中のがん患者の有効な精神症状評価法開発に関する研究

研究分担者 小早川 誠 広島大学病院 精神科

**研究要旨** 本研究は外来化学療法中のがん患者の有効な精神症状評価法開発をめざし、看護師によるつらさと支障の寒暖計と精神科医による症状評価システムの実施可能性について検討するものである。平成19年6月末より半年間に広島大学病院において外来化学療法を受けるがん患者を対象とし、結果130名の同意者に調査を行った。つらさ4点、支障3点の閾値以上であった38名のうち、精神科医による面接を希望したものは6名であった。大うつ病2名、適応障害4名であり精神科での治療継続を推奨し、2名が受診に至った。面接を希望しなかったもののうち、半数はその後の寒暖計調査で閾値を下回った。面接の満足度は低くはないため、対象者において精神的支援の潜在的ニーズはあり、一部の対象者には介入効果があったと考えられる。精神科受診への心理的ハードルを下げるとともに継続したサポート体制を構築することが課題である。

A. 研究目的

外来化学療法を行う患者の呈する精神症状の早期治療システムを開発するため、看護師によるつらさと支障の寒暖計を用いた精神症状スクリーニング法の実施可能性を検討する。本年は昨年度施行の調査後、対象者の動向を診療録等より確認し、本介入法の限界および修正点について検討する。

B. 研究方法

対象は平成19年6月26日より平成19年12月28日の間、広島大学病院中央点滴室において外来化学療法を受けるがん患者とする。対象者に中央点滴室の看護師よりつらさと支障の寒暖計を提示し、抑うつのカットオフ値（つらさの項目が4点かつ支障の項目が3点）以上であった場合には、精神科専門医師による面接でのより詳しい精神症状評価を受けることを推奨する。精神科専門医師による評価を希望しなかった場合には主治医にその旨連絡し、注意喚起をする。精神科医師による評価の結果、必要であれば通常の精神科外来での治療をすすめる。精神科医師の面接を受けたことへの満足度についても問う。実施可能性の評価項目はつらさと支障の寒暖計を経て精神科専門医師の評価に結びついた実数、結びつかなかった実数を主とし、継続的治療が必要であった割合、面接についての満足度を二次の評価項目とする。精神科医による面接をう

けなかったもののうち、継続的に施行したつらさと支障の寒暖計の値が規定のカットオフ値以上であった場合、診療録や担当医師・看護師の観察をもとに精神状態の動向を調べる。

（倫理面への配慮）

なお、本研究は施設の倫理審査委員会承認を受けており、参加者の書面での同意がえられたのち、施行している。

C. 研究結果

調査期間中、広島大学病院中央点滴室にて外来化学療法を行った患者のうち、看護師より133名に調査紙を配布した。うち研究への参加同意を得られたのは130名（平均年齢58.0[26-76]才。男46名。乳がん32、悪性リンパ腫18、胃がん17、結腸・直腸がん16、膵がん10、卵巣がん6、肺がん5、肝門部胆管がん5、子宮頸がん4、食道がん4、その他13。再発がん50、アジュバント治療21。）であった。つらさと支障の寒暖計はのべ388回（1名につき1-8回）施行し、つらさが4点かつ支障が3点以上であったのはのべ53回、40名であった。精神科で加療中の2名をのぞき、38名のうち精神科医による面接に同意したのは6名であった（平均年齢61[44-70]才。男1名。乳がん2、結腸がん1、肺がん1、悪



性リンパ腫1、食道がん1、再発がん4。面接の結果大うつ病（現在軽症）1名、大うつ病（部分寛解）1名、適応障害4名であった。全例に精神科の受診と治療継続をすすめたところ、2名が同意し、うち1名は精神科を受診したが、もう1名はその後多発脳転移をきたし介入困難となっている。3名は受診を保留したが、1名はその後精神科受診をしている。面接調査への満足度は平均78.3%（標準偏差14.7%）であった。面接に同意した6名と同意しなかった34名につき、性別、年齢、再発の有無、つらさと支障の寒暖計の値で差がないか検討したところ有意な差を認めなかった。同意しなかった34名のうち、19名がその後の寒暖計でつらさが4点未満あるいは支障が3点未満となっていた。残りの15名を1年間診療録により追跡調査したところ、3名に精神科治療が導入されていた。7名には精神症状をみとめなかった。5名は死去あるいは緩和ケア病棟へ転院している。

#### D. 考察

本研究は外来化学療法中のがん患者の有効な精神症状評価法開発をめざし、看護師によるつらさと支障の寒暖計と精神科医による症状評価システムの実施可能性について検討するものである。精神科医による面接に至らなかったものを追跡調査し、後に施行したつらさと支障の寒暖計の設定値を下回るものが19名と約半数いたことから、抗がん剤の副作用や痛みなど身体的苦痛が寒暖計の値に影響していた可能性は否定できない。しかしながら、のこりの15名中3名が精神科領域の薬物治療を導入されており、精神症状の継続的評価が必要であることが分かった。今回の検討では具体的な数値として把握できていないが、つらさと支障の寒暖計を行うことで看護師に対し気持ちのつらさを話すきっかけになったケースもあった。一方で看護師の業務が増えるという問題点もあり、多忙な場合に介入が一樣に行えない期間もあった。面接の満足度としては決して低くはなく、精神的支援への潜在的なニーズはありと考えられる。精神科受診への心理的ハードルを下げるとともに継続したサポート体制を構築することが課題であると考えられた。

#### E. 結論

本研究の対象者のうち3名が精神科受診に至った。一部の対象者には介入の効果はあつ

たと考えられるが、さらなる検討および改良を要する。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. 小早川誠:がん患者の精神医学的問題。今日の治療指針 2008年版 東京 :753-754, 2008 医学書院

##### 学会発表

1. Kobayakawa M, et al. : Serum brain derived neurotrophic factor and antidepressant-naive major depression after lung cancer diagnosis. 10th World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. , Madrid, Spain, Psycho-Oncology 17 : s-245 June, 2008

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究

研究分担者 平井 啓 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター  
研究協力者 本岡寛子（関西福祉科学大学）塩崎麻里子（日本学術振興会）  
伊藤 直（関西学院大学）吉崎亜里香（大阪大学大学院）  
和田奈緒子（大阪大学大学院）金井菜穂子（市立豊中病院）  
松向寺真彩子（市立豊中病院）

研究要旨 本研究では、我が国のがん医療の臨床で均てん化可能な問題解決療法プログラムの開発を目的とした。今年度は、がん患者に対する問題解決療法プログラムとして、患者用ワークシート、介入者マニュアルを作成した。プレスタディーとして、複数のがん種の対象者を対象にグループ介入を実施した（対象者7名）。その結果、作成した問題解決療法プログラムは実施可能であり、対象者の満足度も高く、受容可能なプログラムであることが明らかにされた。

A. 研究目的

本研究では、我が国のがん医療の臨床で均てん可能な問題解決療法プログラムの開発を目的とした。今年度は、がん患者に対する問題解決療法プログラムとして、患者用ワークシート、介入者マニュアルを作成した。プレスタディーとして、複数のがん種の対象者を対象にグループ介入を実施し（2グループ：合計7名）、その実施可能性と有効性の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

＜対象者＞近畿圏の某中核病院において行った募集によって参加を希望した7名を対象とし、グループ介入（2グループ）を実施した。1グループ目（4名）の対象者は膀胱癌（Stage IVb）の男性A（71歳）、前立腺癌の男性B（72歳）、乳癌の女性C（63歳）、直腸癌（Stage II）の女性（65歳）であった。2グループ目の対象者は、乳癌（Stage IV）の女性E（56歳）、肺癌（Stage III）の男性（67歳）、胃癌の女性G（75歳）であった。この内4名の患者が進行再発期であった。対象者Aは病状悪化のため、5セッションの内、3セッション目までの参加であった。＜研究デザイン＞前後比較研究（Phase I/II）であった。＜手続き＞①近畿圏の某中核病院において参加者募集のチラシを院内に掲示し、参加者募集を行う。②適格基準・除外基準を満たす参

加希望者に対して、本研究の説明の実施及び同意書への署名を得る。③質問紙への回答を依頼する（baseline assessment）。④5セッションからなる問題解決プログラムを実施する。⑤介入終了直後（posttreatment assessment）：質問紙への回答を依頼する。⑥フォローアップセッション⑦介入終了から半年後（follow-up assessment）：郵送（電話）にて質問紙への回答を依頼する。

＜適格基準＞①癌の診断が臨床的もしくは組織学的、病理学的に確認された患者②癌の診断について説明がされている患者③年齢20歳以上であること④ECOG PSが0または1であり、外来通院、軽度の身体活動が可能であること

＜除外基準＞①希死念慮を伴ううつ病が疑われるなど精神科医による対応が必要であると主治医が判断する患者②せん妄、認知症などの認知障害か統合失調症などの精神疾患を認める患者③抗精神病薬による薬物療法を受けている患者④認知機能障害のある患者⑤日本語の読み書きが困難な患者

＜調査内容＞調査内容は以下の通りであった。①精神的苦痛：つらさの寒暖計（Akizuki et al., 2003）②不安・抑うつ：Hospital Anxiety and Depression（HADS）日本語版（八田ら、1998）③QOL評価：EORTC-QLQ-C30 日本語版（Kobayashi et al., 1998）④セルフエフィカシー：進行がん患者のためのセルフ・エフィ



カシー尺度(平井ら, 2001)⑤がん患者の心配評価尺度(Hirai et al., 2008)⑥治療に対する満足度、コンプライアンス、サポートグループに参加したことによる期待度・満足度に関する項目(3項目)⑦患者属性:年齢・性別・教育歴・経済状態

＜問題解決プログラム＞問題解決プログラムは、精神科医・看護師・臨床心理士・心理学  
Table 1 各セッションの内容

1	参加者の自己紹介、各参加者が自身の問題を話す時間を設ける、問題解決療法の紹介、問題の整理を宿題
2	問題の整理(ステップ1)、目標設定(ステップ2)、解決策の産出を宿題
3	解決策の産出(ステップ3)、解決策の選択(ステップ4)、計画実行を宿題
4	実行の評価(ステップ5)、新たな目標設定、解決策の産出、解決策の決定、計画実行を宿題
5	実行の評価、まとめ

者によるフォーカスグループにおいて開発した。介入の際に用いる患者用ワークシート及び介入者用マニュアルの開発は問題解決療法を専門とする臨床心理士及び心理学者を中心として行った。

その結果、開発された問題解決プログラムは1回1時間の5セッションにより構成されており、問題解決のための5つのステップ(ステップ1:問題・心配の把握;ステップ2:問題の明確化と達成可能な目標設定;ステップ3:解決策の産出;ステップ4:解決策の選択と決定;ステップ5:解決策の実行と評価)に基づいて開発された問題解決療法ワークシートに従って実施された。各セッションの内容をTable 1に示した。

全体的な指導のポイントは、「グループ介入における指導の目的が、問題を解決するスキルを身につけることであることを繰り返し参加者に伝える」、「セッション中に変化可能な問題を選択する」、「セッション中に達成可能な目標を設定する」、「毎セッション、必ず宿題を出す」、「参加者の自己効力感を高めるフィードバックを積極的に行う(よい結果や変化について繰り返しフィードバック、賞賛など)」であった。

＜倫理面への配慮＞研究に参加するかどうかは自由であること、途中で研究への参加を中断できること、調査票は記名式で行うが、回答内容は個人が特定されることがないかたち

で公開されること、回答内容が現在受けている医療に影響がないこと、今回の研究結果と、治療方法などの医学的情報についてID番号を振った上で連結を行うこと、期間後調査資料は処分されること、さらに研究主旨を十分開示した説明文書と同意文書を用いてインフォームドコンセントを取得した。研究開始後に、患者の心理的動揺などが見られた場合は、研究を中止し、その場でその旨を主治医に報告し、必要であれば医学的なフォローを行うこととした。

### C. 研究結果

対象となった7名のうち、1名が病状悪化により、脱落したため、6名を分析対象とした。この6名の平均年齢は66.33( $SD = 6.74$ )歳であった。

対象者のプログラムへの評価は、プログラム参加への満足度(5件法:1.全く満足できなかった・5.非常に満足した)の平均値が4.17( $SD = 0.41$ )であった。プログラム内容が日常生活でどの程度役に立つかの評定(5件法:1.全く役に立たない・5.非常役に立つ)の平均値は4.17( $SD = 0.41$ )であった。プログラム内容が自分でどの程度使えるかの評定(5件法:1.全く使うことができない・5.非常使うことができる)の平均値は4.17( $SD = 0.41$ )であった。

HADSの合計得点の平均値は、baselineが9.50( $SD = 6.47$ )、posttreatmentが8.00( $SD = 5.69$ )が、半年後のfollow-upが11.33( $SD = 7.31$ )であった。1要因(時期(3; baseline, posttreatment, follow-up))の繰り返し測度の分散分析の結果、時期の主効果は有意でなかった( $F(2, 10) = 1.36, p = .30, \eta^2 = .21$ )。

HADSの不安得点の平均値は、baselineが4.83( $SD = 2.48$ )、posttreatmentが3.33( $SD = 2.34$ )が、半年後のfollow-upが5.67( $SD = 2.80$ )であった。1要因(時期(3; baseline, posttreatment, follow-up))の繰り返し測度の分散分析の結果、時期の主効果は有意でなかった( $F(2, 10) = 2.25, p = .16, \eta^2 = .31$ )。

HADSの抑うつ得点の平均値は、baselineが4.67( $SD = 4.80$ )、posttreatmentが4.67( $SD = 3.83$ )が、半年後のfollow-upが5.67( $SD = 5.13$ )であった。1要因(時期(3; baseline, posttreatment, follow-up))の繰り返し測度の分散分析の結果、時期の主効果は有意でなかった( $F(2, 10) = .38, p = .69, \eta^2 = .07$ )。