

ツ 突出痛の対応, フェンタニルの上手な使い方, 神経ブロック併用のタイミング. 日本臨床麻酔学会第 29 回大会. 教育セミナーL14. 2009. 10, 浜松

81. 大西秀樹 「がん患者・家族・遺族の心のケア」 第 22 回神戸心身医学会、平成 21 年 4 月 26 日、神戸

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。

II. 分担研究報告書

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

研究要旨 がん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでの各種診断項目の有用性を検討した。DSM-IVの大うつ病診断基準を満たすがん患者728名のデータを用いて、DSM-IVの9つの大うつ病診断基準項目に加え、Cavanaughの提唱する診断基準項目（1項目）およびEndicottの提唱する診断基準項目（4項目）の重症度の予測能力を項目反応理論を用いて検討した。その結果、中等度以上の大うつ病の存在を予測する項目として、“医学的ケアに参加しない”および“社会的ひきこもり”という2項目が有用であることが示された。また、重症の大うつ病を予測する項目として、“よい知らせにも反応がみられない”という診断基準項目が示された。なお、DSM-IVの9つの大うつ病診断基準項目は、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえで有用性が乏しいことが示唆された。

A. 研究目的

大うつ病はがん患者が経験する精神症状の中で最も頻度が高いものの一つであり、患者自身の苦痛の原因になるのみならず、QOLの全般的低下、がん治療に対するアドヒアランス低下、家族の精神的負担の増大、入院期間の長期化、自殺など多岐にわたる問題に影響を与え得ることが明らかにされており、がん患者の大うつ病に対する適切な対処は極めて重要である。

大うつ病に対しての治療法の柱は精神療法と薬物療法であるが、中でも重症のうつ病に対しては薬物療法が第一選択となる。一方で、がん患者の大うつ病に関しては、大うつ病の診断基準に、がんやがん治療によってもたらされる可能性のある身体症状項目（睡眠障害、食欲低下など）が含まれているために、大うつ病の診断そのものが困難であることに加え、重症度の評価も難しいことが知られている。従って、がん患者の大うつ病の重症度を予測することができれば、治療、中でも抗うつ薬の投与を考慮するうえで有用な指標になる。

今回は、がん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでの各種診断基準項目（DSM-IVの9つの項目およびがんを含む身体疾患患者のうつ病診断のうえで有用性が示唆されているCavanaughの提唱する1項目とEndicottの提唱する4項目）の有用性を検討した。

B. 研究方法

対象：国立がんセンター精神科のデータベースを利用した。1996年から2003年の間に国立がんセンター中央病院および東病院精神科に紹介されたがん患者のうち、DSM-IVのinclusiveクライテリアにより大うつ病と診断されたがん患者のデータを用いた。本データベースには、DSM-IVの9つの大うつ病診断基準項目に加え、Cavanaughの提唱する診断基準項目1項目（Not participating in medical care in spite of ability to do so, not progressing despite improving medical condition and/or in functioning at a lower level than the medical condition warrants:以下、“医学的ケアに参加しない”）およびEndicottの提唱する診断基準項目4項目（1. Fearfulness or depressed appearance in face or body posture:以下、“悲しそうな表情”、2. Social withdrawal or decreased talkativeness:以下、“社会的ひきこもり”、3. Brooding, self-pity, or pessimism:以下、“悲観的”、4. Cannot be cheered up, doesn't smile, no response to good news or funny situations:以下、“よい知らせにも反応がみられない”）の有無が含まれている。なお、Cavanaughの提唱する診断基準項目は身体疾患を有する患者の大うつ病を、Endicottの提唱する診断基準項目はがん患者の大うつ病を診断する際に有用性が示唆され

ているものである。

次に、項目反応理論を用いて、DSM-IV の 9 つの大うつ病診断基準項目に加え、Cavanaugh の提唱する診断基準項目 1 項目および Endicott の提唱する診断基準項目 4 項目を含めた全 14 項目のどの項目が、がん患者の大うつ病の重症度を予測する上で有用かを検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、連結不可能匿名化されたデータベースを用いた後方視的研究のため対象への同意は取得していない。

C. 研究結果

総数 5431 件の精神科コンサルテーションのうち、大うつ病と診断された 728 名 (12.8%) のデータが抽出された。

これら 728 名の背景は、平均年齢 58 歳 (標準偏差 12)、女性が 55%、既婚 79%、高卒以上の教育経験を有するもの 60%であった。また、がんの種類としては、肺がんが最も多く 21%で、乳がん 15%、胃がん 9%、頭頸部がん 9%等が続いていた。入院患者が 65%、転移性あるいは再発性の進行がん患者が 58%を占め、Performance status は 0/1/2/3/4 が、各々 19%/33%/21%/18%/9%であり、痛みを有する症例が 62%であった。

項目反応理論に基づく解析から得られた項目特性曲線から、大うつ病の重症度の予測能力を検討すると、DSM-IV の 9 つの大うつ病診断基準項目は、無価値観、希死念慮を含めたいずれの項目もがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえで有用性が乏しいことが示唆された。また、中等度の大うつ病の存在を予測する項目としては、“医学的ケアに参加しない (Cavanaugh の提唱する診断基準項目)” および “社会的ひきこもり” (Endicott の提唱する診断基準項目) という 2 項目が有用であることが示された。また、軽症の大うつ病の予測については、“悲しそうな表情” (Endicott の提唱する診断基準項目) と “悲観的” (Endicott の提唱する診断基準項目) が、重症の大うつ病の予測には “よい知らせにも反応がみられない” (Endicott の提唱する診断基準項目) という項目が有用であることが示された。

D. 考察

本研究から、DSM-IV の大うつ病診断基準項

目は、身体症状項目のみならず、無価値観、希死念慮など先行研究でがんを含めた身体疾患を有する患者の大うつ病診断の際に有用性が示唆されていた項目も、がん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでは有用性が乏しいことが示唆された。

一方、Cavanaugh および Endicott の提唱する診断基準項目については、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえで有用であることが示唆された。中でも、“医学的ケアに参加しない (Cavanaugh の提唱する診断基準項目)” および “社会的ひきこもり” (Endicott の提唱する診断基準項目) といった症状の存在は、大うつ病が中等度以上であることを示唆するため、治療選択の際に有用な情報になり得ると考えられた。

E. 結論

DSM-IV の 9 つの大うつ病診断基準項目は、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでは有用性が乏しい一方、Cavanaugh および Endicott の提唱する診断基準項目については、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえで有用であることが示唆された。

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. 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* 18: 1003-1010, 2009
2. Okuyama T, Akechi T, et al: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with underrecognition of depression by physicians: a preliminary study *Palliat Support Care* 7: 229-233, 2009
3. Omori IM, Akechi T, et al: Efficacy, tolerability and side-effect profile of fluvoxamine for major depression: meta-analysis *J Psychopharmacol* 23: 539-550, 2009
4. 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* 31:225-32, 2009
5. Akechi T, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psychooncology* 18:23-9, 2009
 6. 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* 39:175-82, 2009
 7. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12:1091-1094, 2009
 8. Yamanishi T, Akechi T, et al: Changes after behavior therapy among responsive and nonresponsive patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 172:242-50, 2009
 9. Akechi T, Okuyama T, et al: Delirium training program for nurses. *Psychosomatics*, in press
 10. Akechi T, Shimizu K, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*, in press
 11. Katsumata R, Akechi T, Okuyama T, et al: A case with malignant lymphoma and front-temporal lobular degeneration (FTLD)-like dementia facilitated by chemotherapy *Jpn J Clin Oncol* in press
 12. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Efficacy of Short-Term Life Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients *J Pain Symptom Manage* in press
 13. Azuma H, Akechi T, et al: Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia with depression treated by bilateral electroconvulsive therapy. *J Neuropsychiat Clin Neurosci*, in press
 14. Azuma H, Akechi T, et al: Neural correlates of memory in depression measured by brain perfusion SPECT at rest. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, in press
 15. 明智龍男: がん患者の抑うつと自殺. *日本精神科病院協会雑誌* 2009; 28: 13-16.
 16. 明智龍男: 非専門家がうつ病患者を見つけたとき、専門家につなげる一言. *Depression Frontier* 2009; 7: 77-81.
 17. 明智龍男: がん患者に対する精神医学的な介入に関する研究について. *緩和医療学* 2009; 11: 73-77.
 18. 明智龍男: がん患者と家族の心のケア (サイコオンコロジー). *治療* 2009; 91:2419-2423.
 19. 明智龍男: 癌患者の精神症状緩和-サイコオンコロジー. *臨床泌尿器科* 2009; 63: 513-519.
 20. 明智龍男: がん医療における適応障害と精神療法緩和ケア 2009; 19: 205-209.
 21. 明智龍男: がん患者の精神症状. *治療学* 2009; 43: 44-48.
 22. 明智龍男: がん患者に対する精神療法. *精神神経学雑誌* 2009; 111: 68-72.
- 学会発表
1. 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. In 11th World Congress of Psycho-Oncology: Vienna, 2009 June.
 2. 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. In 56th Psychosomatic Medicine: Las Vegas, 2009 Nov.
 3. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 他: 治療中の日本人がん患者に対するマインドフルネスアプローチの心理面への効果. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会: 2009.10, 広島
 4. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 他: 治療中のがん患者に対するマインドフルネスアプローチが心理に及ぼす効果-質的分析. 第22回日本サイコオンコロジー学

- 会総会：2009.10, 広島
5. 吉田愛子, 明智龍男, 奥山徹, 他 :
バクロフェン髄腔内投与により精神症状
を来した一例. 第22回日本総合病院精神
医学会総会：2009.11, 大阪
 6. 金井菜穂子, 平井啓, 明智龍男, 他 : が
ん患者へのグループ問題解決療法に関す
る研究. 第22回日本サイコオンコロジ
ー学会総会：2009.10, 広島

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
研究協力者 小川 朝生 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
横尾実乃里 国立がんセンター東病院精神腫瘍科
能野 淳子 国立がんセンター東病院精神腫瘍科

研究要旨 2007年4月から施行した外来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の一部改変を行い、その実施状況を記述し、さらに介入方法の再検討を行った。その結果、スクリーニング実施率は76.7%であり、スクリーニング陽性率は16.7%であった。受診率は1.7%であり、適応障害・うつ病の診断率は0.9%であった。適応障害・うつ病スクリーニングプログラムは外来でも実施可能は示されたが、受診率・診断率の向上にはつながらなかった。今後、外来における精神科支援を考えるためには、うつ病・適応障害の自然経過を踏まえ、精神科受診だけでなく患者教室等を含めた段階的なケアと連携したスクリーニングが必要である。

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受ける患者に対し、薬剤師がスクリーニングを施行し、その得点に応じて精神腫瘍科を推奨する、“適応障害・うつ病スクリーニングプログラム”を臨床導入した。

昨年度において、スクリーニングプログラムを通しての精神腫瘍科受診率ならびに適応障害・うつ病診断率が低値にとどまったことを受け、本年度は精神腫瘍科医師が直接通院治療センターに往診するシステムに変更した。また薬剤師のスクリーニングおよび受診推奨スキルを底上げすることを目的としてコミュニケーション技術研修会の実施可能性を検討した。薬剤師4名に対してパイロット的にコミュニケーション技術訓練を実施し、実行可能性を検討した。

B. 研究方法

【対象】

2009年4月1日から2009年9月30日までの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

【方法】

適格基準を満たしている患者が通院治療センターを受診し、薬剤指導を受ける際に、薬剤師が患者に対し、抑うつに対するスクリーニング（つらさと支障の寒暖計）を施行する。その結果、適応障害・うつ病が疑われる患者（陽性例）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付すると同時に精神腫瘍科受診を推奨する。患者の同意が得られた場合は、当日あるいは後日に精神腫瘍科外来の予約を入れる。なお、初診に限って

精神腫瘍科医が直接通院治療センターにて診療することも併せておこなった。

なお、スクリーニングおよび受診推奨スキルを底上げすることを目的に、2009年9月25日、薬剤師向けコミュニケーション技術訓練のパイロットを薬剤師4名に対し実施した。

【調査項目および調査方法】

以下は全て国立がんセンター東病院の診療オーダリングデータ、臨床データ、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

2009年4月1日から2009年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受けた全患者のうち、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。

3. 適応障害・うつ病診断率

2009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

2009年4月1日から9月30日まで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、適応障害またはうつ病と診断された患者の初回化学療法日から精神腫瘍科受診日までの日数。

(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。

C. 研究結果

2009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648名であり、スクリーニング実施率は76.7% (497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2.1±2.5点、支障1.3±2.2点であり、スクリーニング陽性率は16.7% (83名)であった。精神腫瘍科受診率は1.7% (11名)、適応障害・うつ病診断率は0.9% (8名)であり、そのうち、精神腫瘍科医師が出向いて診察した患者は10名であった。また、初回化学療法

施行日から精神腫瘍科受診日までの日数は27.2±18.4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者外においても、薬剤師または看護師により精神腫瘍科受診の希望がある場合には、精神腫瘍科医師が通院治療センターに出向き診察を行った。その結果、精神腫瘍科医師が出向いて診察をしたものは10名であり、そのうち適応障害・うつ病と診断されたものは8名であった。

薬剤師のスクリーニングおよび推奨スキルの向上を目的として、薬剤師向けコミュニケーション技術訓練を試験的に実施した。技術訓練は2009年9月25日に5時間に渡りおこなった。内容は薬剤師による薬剤師導場面を想定し、医師向けの訓練で一般的に用いられているSHAREプロトコルに準じたロールプレイ形式で実施した。参加者は薬剤師4名(臨床経験3.5-17.5年、がん臨床経験3.5-10.3年)であり、ファシリテーター2名、サポーター3名、模擬患者1名であった。参加者からは、患者とのコミュニケーションに関する自信の向上、満足との回答(自由記載)があった。薬剤師に対する基本的なコミュニケーション技術を習得する研修会の実現可能性が示唆された。

D. 考察

スクリーニング実施率は70%台を維持しており、実施可能性を十分示唆する値である。しかし、スクリーニング陽性率は昨年度の20%台から10%台へと減少した。また、受診に関するバリアとして患者の時間的・空間的負担が疑われている。そのバリアを取り除く工夫のひとつとして、精神腫瘍科医師が出向いて診察をする設定を取り入れたあとも精神腫瘍科受診率は1%台、適応障害・うつ病診断率は1%未満にとどまった。

受診率、診断率が向上しない原因として、以下が考えられる。第一に、通院治療センターにおいて外来化学療法を受ける患者は、身体状況が良く、適応障害やうつ病も少ないことが予想される。そのため、そもそも有病率が低い患者群であるかあるいは軽症で留まり自然軽快する症例が多いこともある。第二に何らかの支障は自覚はしているが、適応障害やうつ病と自覚をしていない患者が多いこと、また精神科での専門的治療の必要性を感じていないことも考えられる。第三に、精神科医師が出向くことによって、時間的・空間的負

担を取り除いたとしても、精神科受診行動に対するバリアが取り除かれていない可能性もある。

うつ病のスクリーニングに関しては、プライマリ・ケア領域を含めた身体疾患患者のメンタル・ケアの重要課題の一つである。米国予防医療サービス専門作業部会では、うつ病スクリーニングに関するガイドラインを提示している。そこには、スクリーニングの効果として、うつ病患者に対しての有益性は示されているが、対象とする患者群全体では有益性は示されていないこと、その原因として閾値下うつ病や軽症うつ病では自然寛解も多く、専門的介入までを必要としない例の存在、重症うつ病はあえてスクリーニングをしなくても見つけられる機会が多いことをあげている。今後、がん患者に対して外来スクリーニングを実施するにあたり、通院治療センターで治療する患者の経過の評価とそれに合わせたスクリーニング、患者のニーズを反映させた対応方法の検討が必要である。また、つらさと支障の寒暖計により、うつ病の重症例や慢性・遷延化症例をスクリーニングするためには、実地場所や実施するタイミング、対象の検討が必要である。

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実施し、その状況を報告した。スクリーニング実施率は維持したが、精神腫瘍科受診率、適応障害・うつ病診断率は低値を示していた。今後、実効性を高めるためには介入システムを含めた包括的な支援体制の一環として検討する必要がある。

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. Sanjo M, Uchitomi Y, et al: Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 18: 657-66, 2009
2. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Mental vulnerability and survival after cancer. *Epidemiology* 20: 916-20, 2009
3. Morita T, Uchitomi Y, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 37: 649-58, 2009
4. Miyashita M, Uchitomi Y, et al: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 37: 1019-26, 2009
5. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol* 39: 201-16, 2009
6. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psychooncology* 18: 23-9, 2009
7. Akechi 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* 31: 225-32, 2009
8. Matsumoto Y, Uchitomi Y, Shimizu K, et al: Suicide Associated with Corticosteroid Use During Chemotherapy: Case Report. *Jpn J Clin Oncol* 40: 174-76, 2010
9. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology*, in press
10. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*, in press
11. 白井由紀, 内富庸介, 他: 症状緩和8コミュニケーション. *治療学* 43: 397-403, 2009
12. 内富庸介, 他: SHARE—癌医療におけるコミュニケーション技術. *Trends in Hematological Malignancies* 1: 34-38, 2009
13. 内富庸介: がん医療における家族への配慮. *ナース専科* 29: 92-95, 2009

- 和医療 43: 49-55, 2009
15. 内富庸介: サイコオンコロジー総論. 日本精神科病院協会雑誌 28: 6-12, 2009
 16. 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. 日本精神科病院協会雑誌 28: 41-46, 2009
 17. 清水研、内富庸介: サイコオンコロジー. MedicamentNews 1997: 17-18, 2009
 18. 小川朝生、内富庸介: サイコオンコロジーの役割. 日本臨床 67: 521-527, 2009
 19. 小川朝生、内富庸介: 緩和ケアチームが機能するための課題. 癌の臨床 55: 441-446, 2009
 20. 小川朝生、内富庸介: 高齢者の精神腫瘍学. 腫瘍内科 3: 505-511, 2009
 21. 小川朝生、内富庸介: 精神腫瘍学クイックリファレンスの作成について. 緩和医療学 11: 20-25, 2009
 22. 山田祐、内富庸介、他: コミュニケーション・スキル (SHARE). CANCER BOARD 乳癌 2: 67-70, 2009
 23. 山田祐、内富庸介、他: 医師のコミュニケーション技術の向上を図るためのコミュニケーション技術研修会について. 緩和医療学 11: 26-30, 2009
 24. 山田祐、内富庸介、他: 急性白血病患者に対するコミュニケーション・スキル. Trends in Hematological Malignancies 1: 36-40, 2009

学会発表

1. 内富庸介: がん患者の心理的反応に配慮したがん診療. 第97回日本泌尿器科学会総会. 講演. 2009. 4, 岡山県
2. 内富庸介: 緩和ケアで求められる心理士の役割. 日本心理臨床学会第28回大会. ワークショップ. 2009. 5, 東京都
3. 内富庸介: がん医療における心療内科の役割. 第1回日本心身医学5学会合同集会. シンポジウム座長. 2009. 6, 東京都
4. 内富庸介: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 第48回日本消化器がん検診学会総会. 講演. 2009. 6, 北海道
5. 内富庸介: がん患者の心の反応とその変調への対応. 第9回臨床医のための心身医療東京フォーラム. シンポジウム座長. 2009. 7, 東京都
6. 内富庸介: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 第42回日本

- 整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会. 教育研修講演. 2009. 7, 神奈川県
7. 内富庸介、他: コミュニケーション技術研修. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. 座長. 2009. 10, 広島県
 8. 内富庸介: サイコオンコロジー: 概観、医学心理学. 第47回日本癌治療学会学術集会. 教育シンポジウム1: 司会. 2009. 10, 神奈川県
 9. 内富庸介: 緩和医療とサイコオンコロジー. 第68回日本癌学会学術総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 10, 神奈川県
 10. 内富庸介: 緩和医療と精神腫瘍学. 第68回日本癌学会学術総会. 座長. 2009. 10, 神奈川県
 11. 伊藤達彦、内富庸介、他: 外来化学療法を施行するがん患者に対する適応障害・うつ病スクリーニングプログラム. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 11, 大阪府
 12. 清水研、内富庸介、他: 外来がん患者に対する精神症状スクリーニングプログラム: 実施可能性と有用性の検討. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 11, 大阪府
 13. 内富庸介: リエゾン精神医学における精神療法のエッセンス. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 教育講演座長. 2009. 11, 大阪府大阪市
 14. 内富庸介: 緩和ケアと精神腫瘍学の目指すもの. 第22回日本総合病院精神医学会総会. シンポジウム座長. 2009. 11, 大阪府
 15. 内富庸介: 緩和ケアと精神腫瘍学の目指すもの. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 演者. 2009. 11, 大阪府
- 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 清水 研 国立がんセンター中央病院

研究要旨 入院患者に対して開発された「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たプログラム」の外来のシステムに即したプログラムへの改変を行い、実地臨床における実施可能性と有用性の確認を目的とした。慶應義塾大学病院乳腺外科を受診する乳がん患者を対象とし、つらさと支障の寒暖計を配布し、寒暖計が所定のカットオフ値を超える場合は、精神科外来受診の推奨を行った。介入対象となった患者は 150 名であり、介入対象全員にスクリーニングは実施され、そのうち 51 名 (34.0%) がスクリーニング陽性であった。51 名のうち 5 名 (9.8%) が実際に精神科を受診した。精神医学的診断の内訳は、4 名が適応障害、1 名が診断なしであり、全対象に対する適応障害にて精神科受診を行った患者の割合は 2.7%であった。本介入の有用性が示唆された一方で、スクリーニング陽性となっても、精神科受診を希望しない患者が多く、これらの患者への対応が今後の課題として残った。

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。国立がんセンターの化学療法病棟において、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たプログラム」（以降プログラムと略）を開発し、実践したところ、その実施可能性と有用性が示唆された。今回は化学療法の主体の外来への移行にあわせ、外来のシステムに即したプログラムへの改変を行い、実地臨床における実施可能性と有用性の確認を行うことを目的とした。

B. 研究方法

2009 年 9 月 1 日より 12 月 11 日までの 30 日間、慶應義塾大学病院乳腺外科を受診する乳がん患者を対象とした。受診患者にはつらさと支障の寒暖計を主治医が配布し、その後看護師が詳細な説明を行ったうえで記入してもらった。寒暖計が所定のカットオフ値（つらさ 4 点以上かつ支障 3 点以上）を超える場合は、患者に対して精神科外来受診の推奨を行

った。

（倫理面への配慮）

本研究は、慶應義塾大学病院倫理審査委員会の承諾のもと、行った。本研究は、既存の情報の範囲内で行われたため、患者への説明と同意は実施しなかった。患者のプライバシーには十分配慮し、個人が特定される情報は使用しなかった。

C. 研究結果

介入対象となった患者は 150 名であり、女性が 150 名 (100%)、男性が 0 名であり、平均年齢は 57.2 ± 10.5 歳であった。Stage は 0～III が 112 名 (69.2%)、IV 期・再発が 37 名 (22.8%) であり、精査中が 1 名 (0.6%) であった。介入対象全員にスクリーニングは実施され、そのうち 51 名 (34.0%) がスクリーニング陽性であった。陽性となった患者全員に看護師より精神科受診の推奨が行われ、うち 5 名 (9.8%) が実際に精神科を受診した。精神医学的診断の内訳は、4 名が適応障害、1 名が診断なしであり、全対象に対する適応障害にて精神科受診を行った患者の割合は 2.7%であった。

D. 考察

本介入により、ある一定の割合で、精神症状を持つがん患者が専門的介入を受けるようになり、その有用性が示唆された。一方で、スクリーニング陽性となっても、精神科受診を希望しない患者が多く、これらの患者への対応が今後の課題として残った。

E. 結論

「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たプログラム」は有用であるが、今後のプログラムの改変の必要性が示唆された。

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. Matsumoto Y, Uchitomi Y, Shimizu K, et al: Suicide Associated with Corticosteroid Use During Chemotherapy: Case Report. *Jpn J Clin Oncol* 40:174-76, 2010
2. Shimizu K, et al. Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psycho-Oncology*. In press.

学会発表

1. 清水研, 明智龍男, 他: シームレスな心のサポート: がん告知から終末期まで. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム. 2009.10, 広島
2. 清水研, 他: 緩和医療の均てん化と専門化に向けての取り組み. 第47回日本癌治療学会学術集会. シンポジウム. 2009.1, 横浜

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
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
研究協力者 松田彩子 小林未果

研究要旨 外来化学療法室で治療を受ける肺がん患者を対象に、Quality of Life (QOL)全体について、化学療法前から外来化学療法中の変化に与える影響を明らかにすることを目的とした。身体面、機能面、肺がんの副作用といった臨床面 (TOI) の改善の有無は、QOL全体と感情面の改善に影響を与えた。これらの結果をふまえて、臨床面の改善がみられない患者は、感情面も悪く、感情面のフォローも必要であることが伺えた。外来化学療法期間中に、臨床面が悪い患者に、感情面のフォローをすることは、患者のQOLの改善につながる可能性が示唆され、今後の介入に役立つと考えられた。

A. 研究目的

近年、入院で行われていた化学療法が外来へ移行しつつあり、治療の長期化に伴う患者の日常生活における Quality of Life (QOL) の維持・向上が期待されている。一方で、入院と比較した場合、外来では医療者が患者と関わる時間が短時間になるため、QOL が把握しにくいという問題点もある。

本研究は外来化学療法室で治療を受ける肺がん患者のQOL全体について、その実態を把握し、化学療法前との違いを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

2008年6月から2010年1月の期間において、東京医科歯科大学医学部附属病院呼吸器内科病棟に入院中の肺がん患者のうち、適格条件①20歳以上、②肺がんと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外来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、を満たす患者を連続的にサンプリングした。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) を用いて心理特性を、Functional Assessment of Cancer Therapy- Lung (FACT-L) を用いてQOLを調べ、これらを計2回 [化学療法前(入院中)、外来化学療法2回目(外来化学療法中)] 行った。

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)、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、必要に応じて面接により得た。

(倫理面への配慮)

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

2010年1月現在、対象者48名のうち調査拒否者が1名いたため、47名にアンケートを実施した。そのうち、現時点で計2回の調査ができた患者は28名【平均年齢64.0歳(標準偏差8.9)、男性24名、女性2名】だった。

28名をQOL評価項目のTrial Outcome Index

【TOI:身体面、機能面、肺がんに特異的な項目(Lung Cancer Subscale:LCS)の3項目の合計得点】の外来化学療法中から化学療法前の得点をひいた変化量によって、改善有群(6点以上)と改善無群(6点未満)の2群に分けた(Cellaら, 2002)。TOI改善有群8名と改善無群20名の2群において、QOL全体のFACT-L、QOLの下位尺度の感情面とHADSの項目の不安、抑うつ各項目について、外来化学療法中から化学療法前の得点を引いた変化量に違いがあるかどうかをみるために、Wilcoxonの順位和検定を実施した。FACT-L (W=213.00, 漸近有意確率<0.0001)と感情

面 (W=237.50, 漸近有意確率 0.007<0.05) は TOI の改善の有無によって有意差があらわれた。一方、不安 (W=213.00, 漸近有意確率 0.326>0.05)、抑うつ (W=100.00, 漸近有意確率 0.405>0.05) の変化は TOI の改善の有無による有意差は示されなかった。

D. 考察

身体面、機能面、肺がんの副作用といった臨床面 (TOI) の改善は、QOL 全体の上昇に影響を与えた【TOI 改善有群: 中央値 13.8 (25%点; 9.6, 75%点; 22.3), TOI 改善無群: 中央値-6.1 (25%点; -12.9, 75%点; 2.7)】。また、臨床面の改善は、感情面全般を反映する QOL 項目の上昇には関係があった【TOI 改善有群: 中央値 3.5 (25%点; 3.0, 75%点; 4.8), TOI 改善無群: 中央値-1.8 (25%点; -1.0, 75%点; 3.0)】が、一方で、不安や抑うつといった特化した項目では差はあらわれなかった。これらの結果をふまえて、臨床面の改善がみられない患者は、感情面も悪く、感情面のフォローも必要であることが伺えた。

E. 結論

外来化学療法期間中に、臨床面だけでなく、感情面のフォローをすることは、患者の QOL のさらなる改善につながることを示唆された。今後は、予防的アプローチもふまえたさらなる取り組みを考察し、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

総説

1. 野口 海、松島英介: 精神療法. 講義録腫瘍学(高橋和久編). メジカルビュー社, 東京, pp. 76-77, 2009.
2. 松島英介、野口 海: がん患者における尊厳. 精神神経学雑誌 111(1): 73-78, 2009.
3. 松島英介: がん医療と患者の心のケア—現状と問題点. 日本医事新報 No. 4434(2009年4月18日): 74-75, 2009.
4. 松島英介: 高齢がん患者の尊厳と包括的 QOL. 腫瘍内科 3(5): 497-504, 2009.
5. 松島英介: 現代精神科臨床と死生観. 臨床精神医学 38(7): 905-913, 2009.
6. 松島英介: 終末期医療における意思決定の

実態調査報告. 年報医事法学 24: 45-54, 2009.

7. 野口 海、松島英介: 緩和医療におけるリスクマネジメント. 総合病院精神医学 21(2): 151-154, 2009.

8. 小林真理子、松島英介: がん患者の症状緩和 不安. 緩和医療学 11(4): 392-395, 2009.
9. 松下年子、松島英介: 告知 がん告知. 在宅医療辞典(井部俊子、開原成允、京極高宣、前沢政次編). 中央法規, 東京, pp. 99, 2009.
10. 松島英介: がん患者の包括的 QOL と尊厳. 日精協誌 28(12): 17-23, 2009.

原著

11. Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K: Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. Int J Oral Maxillofac Surg 38: 151-159, 2009.
12. Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda M, Matsushima E: Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. Psycho-oncology, 2009(in press).
13. Kobayashi M, Ohno T, Noguchi W, Matsuda A, Matsushima E, Kato S, Tsujii H: Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy. Int J Gynecol Cancer 19: 00-00, 2009.
14. 望月裕美、小村 健、松島英介: 口腔がんの手術が施行される患者の心理特性と生活の質の経時的変化. 口腔病学会雑誌 76(1): 16-24, 2009.

学会発表

1. 松島英介: サイコオンコロジー総論. 明日から役立つがん患者精神科コンサルテーションのコツ. 第 105 回日本精神神経学会学術総会. シンポジウム, 2009. 8, 神戸
2. 野口 海、松島英介: 統合失調症患者への緩和ケア～具体的ケースから考える～. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム, 2009. 10, 広島
3. 松島英介: 治療に反応せず、遷延化した低活動型せん妄を通じて. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム, 2009. 10, 広島
4. 松島英介: がん患者における尊厳とは. 第 3 1 回日本造血細胞移植学会総会. 特別講演.

2009. 2, 札幌,
5. 松島英介：がん患者の尊厳と精神的ケア。第5回埼玉サイコオンコロジー研究会。特別講演。2009. 2, さいたま
 6. 松島英介：緩和ケアにおける心の問題とその対応ーサイコオンコロジーの理解ー。平成20年度第2回岩手県立病院薬剤師会 自主研修会。特別講演。2009. 2, 盛岡
 7. 松島英介：サイコオンコロジー概観。J P O Sサイコオンコロジー研修会（精神腫瘍学コース）。特別講演。2009. 9, 広島
 8. 松島英介：サイコオンコロジー総論。GHP精神腫瘍学研修会。特別講演。2009. 1, 大阪
 9. 松下年子、松島英介、他：医療者によるがん患者へのこころのケア・サポートーがん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査よりー。第28回日本社会精神医学会。ポスター。2009. 2, 宇都宮
 10. 松下年子、松島英介、他：がん患者が院内医療従事者に求める情報提供とこころのケアーがん患者とサバイバーを対象としたインターネット調査結果ー。第14回日本緩和医療学会学術大会。ポスター。2009. 6, 大阪
 11. 小林未果、松島英介、他：がん患者に対する告知の現状ーがん患者の遺族を対象としたインターネット調査よりー。第14回日本緩和医療学会学術大会。ポスター。2009. 6, 大阪
 12. 久村和穂、松島英介、他：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度とその予測要因に関する研究。第14回日本緩和医療学会学術大会。ポスター。2009. 6, 大阪
 13. 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14回日本緩和医療学会学術大会。ポスター。2009. 6, 大阪
 14. 小林未果、松島英介、他：がん患者に対する告知の現状ー患者家族に対する「心のケア・サポート」の実態ーがん患者遺族を対象としたインターネット調査よりー。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。ポスター。2009. 10, 広島
 15. 久村和穂、松島英介、他：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度とその予測要因の検討。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。ポスター。2009. 10, 広島
 16. 松田彩子、松島英介、他：がん治療中の心のケア・サポートー家族を対象としたインターネット調査よりー。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。ポスター。2009. 10, 広島
 17. 松田彩子、松島英介、他：外来化学療法期間中の悪性リンパ腫患者のQOL。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。ポスター。2009. 10, 広島
 18. 野口 海、松島英介、他：がん治療中の心のケア・サポートについてのインターネット調査ー患者と家族の意識の違いとサポートの有無。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。ポスター。2009. 10, 広島
 19. 織田健司、松島英介：東京医科歯科大学医学部附属病院における心身医療科のサイコオンコロジーへの取り組み。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。ポスター。2009. 10, 広島
 20. 織田健司、松島英介：東京医科歯科大学医学部附属病院 心身医療科のコンサルテーション・リエゾン活動。第22回日本総合病院精神医学会総会。口演。2009. 11, 大阪
 21. 小林未果、松島英介、他：がん患者遺族を対象とした「心のケア・サポート」に関するインターネット調査。第22回日本総合病院精神医学会総会。ポスター。2009. 11, 大阪
- 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

進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究

研究分担者 引地 孝俊 大分大学医学部附属病院精神科

研究要旨 国内の他の大学病院と同様に、大分大学医学部附属病院（608床）の入院患者のおよそ3割は、がん患者で占められている。我々が抑うつ状態に関する簡易スクリーニング（CES-D）を用いた調査では、進行がんで入院中の患者の中の約30%に抑うつ状態が疑われた（2005年実施）。これらは疼痛などの身体症状とともに、患者の「つらさ」の多くの部分を占めている。がん患者の主要な精神症状である抑うつ・不安状態（広義のうつ病）は、患者の長期予後、生存期間に影響を及ぼすエビデンスも明らかになっている。今回我々は、その有効性について下記の方法を用いて実証的に検討を加え、効果的な精神科治療のあり方を検討している。本研究は、癌患者に生じた、うつ病、不安障害、心的外傷後ストレス障害等の精神疾患をはじめとして、QOLの低下等の様々な精神的な問題に対する治療戦略の開発に関する研究である。がん患者に臨床経験を有し、訓練を受けた精神科医2名および臨床心理士3名が、抑うつ状態と判定された、担当がん患者に対して、通常精神科診療および臨床心理士による自立訓練法、ジェノグラム療法などの専門的な心理療法を施行した。その結果、いずれの治療群においても、その身体症状の進行にもかかわらず、抑うつ・不安症状は、悪化をすることなく経過した。このことから、担当がん患者の抑うつ・不安症状に対して、精神科医・臨床心理士の介入は効果的である可能性が示唆された。今後は例数を増やし、介入方法の差による比較検討を行っていく予定である。なお、ジェノグラム療法を、がん患者に用いた研究は今まで見られておらず、さらに実施例を増やして、統計学的な検証を経たうえで結果をまとめる予定である。

A. 研究目的

これまでのRCTにより、がん患者の精神症状、特に抑うつ症状が、患者の長期予後と、有意な相関があることが示されている。従って、癌治療の成否にも関係する精神症状に対する有効な治療法の確立は、癌治療上きわめて重要である。本研究は、どのような精神科治療が癌患者の抑うつ症状に有効かを検証する研究である。また、本研究で明らかにしていく有効なメンタルケアにより、患者が治療中の苦痛を軽減して病気の治療に取り組んでいくことを支援し、癌を含め難治性の疾患に罹患しても、希望を持って生活を送っていくように支援していくことを目指す。

B. 研究方法

がん患者の抑うつ状態の有病率やQOLの低下に関しての実態を調べ、それに影響を与える要因を検証する。精神科治療群間の比較および各群の治療前後での精神症状の比較を行

う。すなわち通常診療群(Treatment As Usual)と専門的精神療法を加味した群の2群を設定して群間の比較を行っている。さらにそれぞれの群で治療の前後において、抑うつ・不安状態に差が生じるか検討している。また長期間経過後の両群の比較を行う。

(倫理面への配慮)

本研究は平成21年7月本学倫理委員会の承認を得て、患者の人権に細心の配慮を行った。

C. 研究結果

平成21年度より研究参加後、具体的な計画を立案し、研究方法の決定、人的物的資源の準備の上、平成21年7月より開始した。現在まで7例に介入を行っている(2名死亡)。精神科医2名、臨床心理士3名が介入を行った結果、身体症状が進行する中で、スクリー

ニングにて陽性であり、HADS(hospital anxiety&depression scale)および European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC QLQ C-30)において抑うつ状態で QOL の低下した患者において、精神科治療を施行した患者では、

症状の悪化が見られたものが少なかった。

D. 考察

施行した例数が少なく、また癌腫、進行度などの統一に至らず、どのような治療が、より有効であるかなどの検討は、今後の研究の進展を待ち、発表していく。

今回の研究では、薬物療法に精神科医の精神療法と臨床心理士の専門的な心理療法を総合的に施行した結果となったが、いずれの症例でも有効性が示唆されたと考えられる。今後例数を増やしていき、結果に影響を与える因子の分析を行っていく。現時点では、担がん状態の患者も、非担がん患者と同様に、その呈した精神症状は、精神科治療で改善が期待できることが予想された。身体症状、特に疼痛、全身倦怠感など、様々な身体症状を有する担がん患者においても、精神科治療によって、精神症状を改善して、QOL の低下を改善して日常生活をおくる可能性があることが示唆されたとと思われる。さらに例数を増やし、どのような治療や、かかわりが効果的かを研究していきたい。

E. 結論

担がん患者の抑うつ・不安に対する精神科医療は、有効であることが示唆された。またどのような介入の仕方が、有効であるかの検証を、種々の心理療法、薬物療法で比較検討を今後も継続して行い、結果を発表していく。

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

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

特記事項すべきことなし。

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（近畿大学）
志崎亜里香（大阪大学大学院）伊藤直（関西学院大学大学院）
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、昨年度開発を行った日本人がん患者に対する問題解決療法(PST-JC)を用いて、心理的苦痛のある術後補助化学療法を終了した乳癌患者を対象に個別介入を実施し、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。その結果、介入前より介入後にHADS 得点が有意に減少し、患者のプログラムに対する満足度等の評価も高いことが明らかとなった。

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、昨年度開発した「日本人がん患者に対する問題解決療法(Problem-Solving Therapy for the Japanese cancer: PST-JC)」を用いて、心理的苦痛のある術後補助化学療法を終了した乳癌患者を対象に個別介入を実施し、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>

対象者は以下の適格基準及び除外基準を満たす乳癌患者(術後約1ヵ月後)12名であった。対象者の平均年齢は50.08歳(SD=11.69)であった。

(適格基準)①乳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手術を受け、その後術後補助化学療法を受けた患者③がんの診断について説明がされている患者④年齢20歳以上(70歳以下)であること⑤ECOG 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⑥「つらさの寒暖計」でつらさ得点3点以上かつ支障得点1点以上であること、又は「Hospital Anxiety and Depression 日本語版」の合計得点が11点以上であること

(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抗鬱薬・抗精神病薬・抗不安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

<研究デザイン>前後比較研究(Phase I/II)であった。

<手続き>

本研究の手続きは以下の通りであった。①近畿圏の某中核病院において、主治医に術後補助化学療法を終了した乳癌患者の紹介を依頼した。②主治医から紹介を受けた患者の内、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た。③質問紙への回答を依頼した(baseline assessment)。④5セッションからなる問題解決プログラムを実施した。⑤介入終了直後(posttreatment assessment)：質問紙への回答を依頼した。⑥介入終了から3ヵ月後に問題解決療法全体のレビューとフォローアップを実施した。⑦介入終了から半年後(follow-up assessment)に郵送(電話)にて質問紙への回答を依頼した。

<測定内容>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再発不安：The Concerns About Recurrence Scale (CARS; Vickberg, 2003)⑦Mental adjustment to Cancer Scale (MAC)日本語版(Akechi et al., 2000)⑧問題の困難度・プログラム及び治療者に対する期待度や満足度等に関する項目(11項目)⑨患者属性：年齢・性別・教育歴・経済状態<日本人がん患者に対する問題解決療法PST-JC>PST-JCは、精神科医・看護師・臨床心理士・心理学者によるフォーカスグループにおいて開発したものであった。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。

PST-JCは個人面接で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、「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。

Table 1 各セッションの内容

1	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

(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、データは個人が特定できる形では外部に公表されないこと、一定の期間後調査資料は処分されること等を明記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、家族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することとした。

C. 研究結果

HADSの合計得点の平均値は、baselineが14.08($SD=6.34$)、posttreatmentが9.67($SD=5.29$)であった。1要因(時期(2; baseline, posttreatment))の反復測定分散分析の結果、時期の主効果は有意であった($F(1, 11) = 7.26, p = .02, \eta^2 = .39$)。

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4.67($SD=0.49$)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4.33($SD=0.65$)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4.33($SD=0.49$)であった。

D. 考察

本研究は昨年度に開発を行ったPST-JCを用いて、心理的苦痛のある術後補助化学療法を終了した乳癌患者を対象に個別介入を実施し、その実施可能性と有効性の検討を行った。その結果、HADS得点は介入前よりも介入後に有意に減少することが明らかとなり、PST-JCの有効性が示された。また、対象者はPST-JCに対する満足度も高く、日常生活でも役に立ち、プログラムで学んだことを自分で使うことができると評価することも明らかとなった。また、対象者からは、PST-JCに参加することで、「セラピストに話す、ワークシートに書くことで気持ちや思考が整理されることに気づいた」「問題を解決しようという動機づけが高まった」「これまでやらなかった新しい活動・行動を実行するようになった」「問題に取り組む際に、これまでとは違う取り組み方をするようになった」などのPST-JCによるポジティブな変化についての感想も多く報告され

た。以上のことから、PST-JCは実行可能であり、受容可能なプログラムであることも示された。

E. 結論

昨年度開発した日本人がん患者に対する問題解決療法 (Problem-Solving Therapy for the Japanese cancer: PST-JC) は実行可能であり、対象者のプログラムに対する評価も高く、受容可能なものであることが明らかとなった。また、術後乳癌患者のうつや不安などの心理的苦痛の低減に有効である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。」とご記載下さい。

G. 研究発表

論文発表

1. Sanjo M, Morita T, Hirai K, et al: Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology*, 18 (6): 657-66, 2009.
2. Hirai K, et al: Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer. *Psychology and Health* 24 (2): 149- 60, 2009.
3. 長塚美和, 平井啓, 他: 健康診査・検診受診行動に関する行動の変容ステージと意思決定のバランス. *行動医学研究* 15:61-68, 2009
4. 平井啓, 他: 膵腎同時移植・腎移植・移植待機中の1型糖尿病患者の健康関連 QOL と心理状態の比較検討. *糖尿病* 52 (8): 727-733, 2009.
5. Yoshida S, Hirai K, et al: A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Support Care Cancer*, 2009
6. Choi JE, Hirai K, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a love done. *Support Care Cancer*.

(in press)

7. Miyashita M, Morita T, Hirai K. J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27:502s, 2009 (suppl; abst 9577).
8. Ando M, Morita T, Hirai K, et al: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology*. 2009 Sep 25. [Epub ahead of print]
9. Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al: Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. *J Clin Oncol*. (in press)
10. Okamoto T, Morita T, Hirai K, et al: Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. (in press)
11. 岩満優美, 平井啓, 他: 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて— *Palliative Care Research*, 4: 228-234, 2009.
12. 吉田沙蘭, 森田達也, 平井啓, 他: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索 小児がん, 2010 (印刷中)
13. Arai H, Hirai K, et al: Physical activity and psychological adjustment in Japanese advanced lung cancer patients in chemotherapy: The feasibility of intervention. *International Journal of Sport and Health Science*. (in press)

学会発表

1. 平井啓: 行動医学とサイコオンコロジー. 第15回日本行動医学会学術総会 小講演 2009.2, 大阪.
2. 平井啓: 望ましいQOLを実現するための心理的援助とは 第14回日本緩和医療学会学術大会 シンポジウム 2009.6, 大阪.
3. 平井啓: サイコオンコロジー (6)—がん患者、遺族、および医療者の感情反応と精神的健康—日本心理学会 第73回大会 ワークショップ 指定討論者 2009.8, 京