

200925007B ($\frac{1}{2}$)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の

精神医学的な介入の有用性に関する研究

平成 19～21 年度 総合研究報告書

研究代表者 明智 龍男

平成 22 (2010) 年 3 月

目 次

I.	総括研究報告書	
	がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の 精神医学的な介入の有用性に関する研究	3
	明智 龍男	
II.	分担研究報告書	
1.	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	24
	明智 龍男	
2.	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	31
	内富 庸介	
3.	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	38
	清水 研	
4.	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	40
	松島 英介	
5.	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	43
	小早川 誠	
6.	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	46
	平井 啓	
7.	がん患者のせん妄に関する病態解明とそれに基づく早期発見介入パッケージの開発	51
	奥山 徹	
8.	終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発	53
	森田 達也	
9.	がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討	56
	大西 秀樹	
10.	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	59
	引地 孝俊	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	61

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の精神医学的
な介入の有用性に関する研究

研究代表者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 准教授

研究要旨 がん患者の療養生活の維持向上を図るために、本研究では、わが国のがん患者に頻度の高い精神症状（抑うつ、不安、せん妄）および有効な介入法が確立していない精神症状（再発不安、実存的苦痛）に対する効果的な精神医学的介入の開発を目的に研究を行い、以下の結果を得た。

1) 北米で開発された進行・終末期がん患者の実存的苦痛に対するディグニティ・セラピーは、我が国においては実施可能性が低いことが示唆された。2) “適応障害・うつ病スクリーニングプログラム”の実施可能性は確認されたが、実効性を向上させるためには、スクリーニングの実施場所や時期、対象を明確にすることが必要である。3) がん患者の抑うつのスクリーニングプログラム“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”の実施可能性と有用性を検討する全国多施設研究を実施し、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。4) 外来化学療法を受ける悪性リンパ腫患者において、退院前より外来化学療法初回時に QOL が低下する患者は特に、それぞれの時期に応じて、QOL の低下に及ぼす要因、とくに感情面に対処していく必要があることが示唆された。外来化学療法を受ける肺がん患者において、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感情面の上昇にも関係があったことより、臨床面の改善のみられない患者には、感情面のフォローも必要であることが示唆された。5) 外来化学療法中のがん患者の有効な精神症状評価法として、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が有用であることが示唆された。6) がん患者に対する問題解決療法プログラムを開発し、がん患者を対象に実施した結果、本プログラムの有用性と実施可能性が示された。7) せん妄ハイリスク（高齢でかつ身体状況が不良）のがん患者を対象とした精神科リエゾンの介入の有用性を検討するための臨床試験を開始した。8) 終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するために有効と思われる介入法を明らかにするとともに、本指針に基づき、具体的支援策を含んだ家族支援リーフレット「看取りのパンフレット」を作成し、その有用性を示した。9) がん治療中の患者では、血清チアミンレベルが正常範囲下限の患者が存在することが明らかになった。がん患者が治療中に呈するせん妄の原因としてチアミン欠乏を常に考慮することが必要と考えられた。10) 担がん患者の抑うつ・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。

研究分担者 明智 龍男
名古屋市立大学大学院
准教授
内富 庸介
国立がんセンター東病院
臨床開発センター
部長

清水 研
国立がんセンター中央病院
医員
松島 英介
東京医科歯科大学大学院
准教授
小早川 誠
広島大学病院

助教
平井 啓
大阪大学大学院
助教
奥山 徹
名古屋市立大学大学院
講師
森田 達也
聖隷三方原病院
緩和支援治療科
部長
大西 秀樹
埼玉医科大学
精神腫瘍科
教授
引地孝俊
大分大学
講師

A. 研究目的

がん患者の 30-40%にケアが必要な精神症状が認められる一方で、多くの精神症状は医療現場で看過されており、また、有効な介入法も限られている。がん患者の療養生活の維持向上を図るために、本研究では、わが国のがん患者に頻度の高い精神症状（抑うつ、不安、せん妄）および有効な介入法が確立していない精神症状（再発不安、実存的苦痛）に対する効果的な精神医学的介入を開発することを目的とする。

各々の研究の目的を以下に記した。

1) 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

北米で開発された進行・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。

2) 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

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、同様の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。本研究は、実地臨床における同プログラムの有用性を後方視的に検討した。

3) 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

国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった抑うつのスクリーニング法として、「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）を開発した。本研究においては、全国多施設における本プログラムの実施可能性と有用性の確認を目的とした。

4) 外来化学療法を受けるがん患者のQOLの評価法および患者への介入

本研究は、(i)外来化学療法を受ける悪性リンパ腫患者においては、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、(ii)外来化学療法室で治療を受ける肺がん患者においては、QOLの化学療法前との違いを明らかにすることを目的とした。

5) 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

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した。

6) 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

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「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。

7) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

本研究の目的は、1. せん妄の直接原因を観察研究にて明らかにする、2. せん妄ハイ

リスクを有する進行がん患者に対する精神科リエゾンの介入がせん妄の重症度を軽減させ、ひいては医療アクシデントを減少させることに有用であるかどうかを検討すること、である。

8) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

終末期せん妄を体験する家族に対する有効なケアを確立するために、(i)終末期せん妄の家族の体験・家族のつらさを明らかにする、(ii)終末期せん妄の家族の体験・家族のつらさに関与する要因を明らかにする、(iii)家族の苦痛を軽減するための有効と思われる介入法とその有用性を明らかにすることである。

9) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

vit B1 欠乏症はがん患者のせん妄の原因として想定されるが、その頻度などは明らかでない。今回の研究では外来がん患者においてチアミンがどの程度低下しているのか、また、どのような患者で低下しやすいのか検討を行なうことにした。

10) 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

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ことを目的にしている。

B. 研究方法

1) 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

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。

適格症例に対してディグニティセラピー(Chochinov HM et al, JCO 2005)を施行した。

主要評価項目は、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)とした。

副次的評価項目は、ディグニティセラピー

に対しての参加経験を問う Dignity Therapy Feedback Questionnaire (DTFQ)とした。セラピー終了時に、先行研究で検討された尊厳、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を問う項目に加え、心の穏やかさ、身体的負担度、他の患者への推奨度を加えた項目に対して、参加者からのフィードバックを0-4点の5件法(0:全くそう思わない-4:強く思う)で求めた。

2) 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

①有用性の予備的検討

国立がんセンター東病院通院治療センターにおいて初回化学療法が開始された患者に対し、薬剤師が初回薬剤指導時にスクリーニングテスト(つらさと支障の寒暖計)を施行し、スクリーニング陽性例に対して精神腫瘍科受診を推奨した。

化学療法を受ける全患者に対する精神腫瘍科受診率および適応障害・うつ病診断率をプログラム前後で後方視的に比較し、同プログラムが外来がん患者の適応障害・うつ病の治療導入に寄与するか否かを検討した。実施状況として、対象患者に対するスクリーニング実施率、スクリーニング陽性率を記述し、早期治療導入の指標として、精神腫瘍科受診群および適応障害・うつ病診断群の初回化学療法施行日から精神腫瘍科受診までの日数を調査し、プログラム施行前後で比較した。

②受診推奨方法の検討(i)

スクリーニングテストにより、適応障害・うつ病が疑われる症例(陽性者)に対して、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、心理療法士が精神科受診推奨を実施し、受診率・診断率の向上が図れるか検討した。

③受診推奨方法の検討(ii)

スクリーニングテストにより、適応障害・うつ病が疑われる症例(陽性者)に対して、初診に限って精神腫瘍医が直接通院治療センターに向いて診療をおこない、受診率・診断率の向上が図れるか検討した。

3) 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

国立がんセンター東病院、国立がんセンター中央病院、広島大学、慶応大学病院の4施設でプログラムが導入された。各施設での対

象、寒暖計の実施を行う医療者、精神科受診の推奨を行う医療者は図1のとおりである。

図1 多施設における精神症状スクリーニングの実施
-プログラムの内容-

施設	対象	寒暖計実施	受診推奨
国立がんセンター 東病院	通院治療センター 受診患者	薬剤師	薬剤師
国立がんセンター 中央病院	乳腺・腫瘍内科 受診患者	看護師	主治医
慶応大学病院	乳腺科 受診患者	看護師	看護師
広島大学病院	通院治療センター 受診患者	看護師	看護師/ 精神科医

各施設の対象において、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）を記述的に評価した。また、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）と、精神科受診の受託率（精神科受診を希望した患者の、受診を推奨された患者全体に対する割合）を評価した。

4) 外来化学療法を受けるがん患者のQOLの評価法および患者への介入

東京医科歯科大学医学部附属病院血液内科病棟に入院中の悪性リンパ腫患者および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。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。

(i)悪性リンパ腫患者においては、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 - Lymphoma (FACT-Lym)を用いてQOLについて調べ、これらを入院期間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。

(ii)肺がん患者においては、調査項目は、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）]実施した。

5) 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

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した。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した。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、注意喚起を行った。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こととした。精神科医師の面接を受けたことへの満足度についても質問を行った。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的評価項目とした。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た。

6) 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

<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>

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 ヶ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>

①精神的苦痛 : つらさの寒暖計②不安・抑うつ : Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) 日本語版 ③ QOL 評価 : EORTC-QLQ-C30 日本語版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) ⑦ Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) 日本語版 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。

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

7) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発
目的 1 : 観察研究を行った。精神科医がせん妄と診断した患者を対象とした。診断時及びその 1 週間後に患者のせん妄を Delirium Rating Scale-revised 98 を用いて評価するとともに、せん妄を原因となりうる薬物、生化学的・血液学的異常、身体状態を抽出したチェックシートに基づいて各患者のせん妄の原因を同定した。

目的 2 : 介入研究を計画した。せん妄ハイリスク (65 歳以上、治癒不能がん、ECOG PS2 以上) を有するがん患者を対象とする。

研究前半群は通常ケアを提供し、入院時及び 2 週間後の評価のみを行う。研究後半群はこれらの評価に加え、精神科リエゾン介入を行う。リエゾン介入は、電子カルテ診察、薬物療法プラン作成、せん妄回診などから構成される。アウトカムは入院 2 週間後における中等度以上のせん妄の頻度とした。

8) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

(i) 終末期せん妄の家族の体験に関する質的調査を、遺族 20 名に対し半構造化面接を行い、内容分析により家族の苦痛体験を探索した。

(ii) 先行研究をもとに調査項目を作成し、遺族 560 名に対し質問紙調査を行った。遺族の経験の記述統計及び感情表現 15 項目の探索因子分析・家族のつらさに関する要因について多変量解析を行った。

(iii) 単施設のホスピス病棟で、パンフレット提示のための医師・看護師への教育(スライド)を行った。その後、死亡が近いと考えられる患者の家族の面談の時に主治医から「看取りのパンフレット」を用いた説明を行い、死亡後～6か月の遺族に「看取りのパンフレット」の有用性と体験について質問紙調査を実施した。

9) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

対象：埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科外来受診患者のうち、1) 20 歳以上、2) 確定された悪性腫瘍患者、3) 文書により同意の得られる者。除外基準：1) 1ヶ月以内に経口または点滴にてチアミン製剤の投与の既往、2) その他、不相当と判断されたもの。方法：上記の患者について採血を行い、血中チアミン濃度測定を行なう。同時に患者背景、臨床所見、食事摂取状況についての調査を行った。

10) 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

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した。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た。

(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した。また、本研究においては、精神症状に対する非身体的な介入が大多数を占めると考えられるため、有害事象としての身体的な問題はほとんど生じないと考えられる。一方で、心理的側面に対する調査等に際して不快感を経験する可能性が存在するので、

これらに関しては常に十分な配慮を行うとともに、可能な限りその負担の軽減に努めることとした。なお、本研究は、各実施施設の倫理委員会で研究実施計画が承認された後に実施した。既存の臨床データなどを利用した後方視的検討にあたっては、疫学研究に関する倫理指針に基づきすすめた。

C. 研究結果

1) 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

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。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。

介入前後のデータが得られた 8 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 のいずれの下位尺度においても有意な変化は認められなかった。介入後に DTFQ が得られた 9 例を対象にしたところ、5 件法 (0-4 点) で 3 点以上であった参加者の割合は以下ようになっていた。

(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%。

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しあった結果、本研究は一部施設を除き、平成 21 年 1 月に中止することとなった。

2) 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

①有用性の予備的検討

2007 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までのスクリーニング対象者は 408 名、スクリーニング実施率は 71.8% (293 名)、つらさと支障の寒暖計得点 (平均±SD) は、つらさ 2.4±2.4 点、支障 1.9±2.3 点であり、スクリーニング陽性

率は21.8% (64名)であった。精神腫瘍科受診率、適応障害・うつ病診断率はそれぞれ5.0% (26名)、2.7% (15名)であった。

比較対象である2006年4月1日から9月30日までに、外来にて初回化学療法を受けたのは478名、精神腫瘍科受診率、適応障害・うつ病診断率はそれぞれ1.9% (9名)、1.0% (5名)であった。プログラム実施前後での変化を検討したところ、精神腫瘍科受診率：5.0% v.s. 1.9% ($p=0.13$)、適応障害・うつ病診断率：2.7% v.s. 1.0% ($p=0.46$)であった。スクリーニング実施後のほうが受診率、診断率とも高かったが、有意差は認められなかった。

また、精神腫瘍科受診群および適応障害・うつ病と診断された群に関して、初回化学療法施行日から精神腫瘍科受診までの日数をプログラム実施前後で比較した。精神腫瘍科受診群：17.4±17.9日 v.s. 48.2±25.4日 ($p<0.001$)、適応障害・うつ病診断群：12.9±13.2日 v.s. 55.6±17.6日 ($p<0.001$)であり、スクリーニング実施後、精神腫瘍科受診群および適応障害・うつ病診断群ともに受診までの日数は有意に短縮した。

②受診推奨方法の検討 (i)

受診率・診断率の向上を目標に、スクリーニングが陽性で、薬剤師による受診推奨が難しい場合に、心理療法士が通院治療センターに出向き、受診推奨を併せておこなうようにシステムを改変し、有効性を検討した。

2008年4月1日から2009年3月30日までのスクリーニング対象者は1206名、スクリーニング実施率は72.3% (872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2.3±2.5点、支障1.5±2.2点であった。スクリーニング陽性率は19.7% (172名)であった。スクリーニング陽性者のうち、心理療法士が精神腫瘍科受診推奨を行ったものは19名であった。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% (13名)、0.4% (5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までの日数は36.3日であり、プログラム実施前と比較して有意な短縮は認められなかった。

スクリーニング陰性例もしくはスクリーニング対象外例に対して、心理療法士が精神腫瘍科受診推奨を行ったものは28名あり、そのうち10名が精神腫瘍科を受診し、5名が適応障害、2名がうつ病であった。

③受診推奨方法の検討 (ii)

受診率・診断率の向上を目的に、適応障害・うつ病が疑われる症例 (陽性者) に対して、初診に限って精神腫瘍医が直接通院治療センターに出向いて診療をおこなった。2009年4月1日から9月30日までのスクリーニング対象者は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。精神腫瘍医が出向いて診療したケースは5例であった。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)であった。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日であり、プログラム実施前と比較して有意な変化は認めなかった。

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が受診が必要と判断した場合、精神腫瘍医が通院治療センターで診療した。その結果、精神腫瘍医が通院治療センターで診療したケースは9例であり、そのうち適応障害・うつ病と診断されたものは7例であった。

薬剤師のスクリーニングおよび推奨スキルの向上を図るために、コミュニケーション技術研修会の有用性が示唆されている。そこでスクリーニングプログラムに関与している薬剤師4名に対して、試験的に薬剤指導に関するコミュニケーション技術訓練を行った。

3) 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

多施設での介入の結果が得られた (図2)。受診率は2.2-5.3%であった。プログラムの実施により、未介入患者に対して一定の割合で新たに介入が導入されており、プログラムの有用性が示唆された。寒暖計は84.8-100%と、大部分の患者に対して問題なく実施されていた。受診率に関しては、7.5-25%と低く、改善の必要性が示唆された。

図2 多施設における精神症状スクリーニングの実施
-結果-

施設	寒暖計 実施率	受診 受託率	受診率 プログラム前/後	治療導入時期 プログラム前/後*
国立がんセンター 東病院	84.8%	17.8%	1.9%/2.7%	55.9日/12.9日*
国立がんセンター 中央病院	91.9%	25.0%	0.3%/5.3%*	
慶応大学病院	100.0%	9.8%	-/2.7%	
広島大学病院	97.7%	7.5%	-/2.2%	

*p<0.05

4) 外来化学療法を受けるがん患者のQOLの評価法および患者への介入

(i) 悪性リンパ腫患者

2007年10月～2009年7月の間、対象者23名のうち調査拒否者が1名いたため22名にアンケートを実施した。そのうち計6回の調査ができた患者は15名【平均年齢62.9歳(標準偏差13.9)、男性8名、女性7名】だった。退院前と外来化学療法初回時とのQOLの差に注目し、そのQOLの差のヒストグラムを作成した。ヒストグラムの分布から、対象者15名をFACT-Gの得点が退院前よりも外来化学療法初回時に負(-)になったもの(下降群)10名と、退院前よりも外来化学療法初回時に正(+)になったもの(上昇群)5名とに分けた。

まず、退院前のFACT-Gの得点を0とし、外来化学療法期間中の調査時毎の差を下降群と上昇群で比較した。調査時点毎の比較で、Wilcoxonの順位和検定を実施したところ、外来化学療法初回時(W=55.00, 漸近有意確率0.002<0.05)、4クール時(W=60.00, 漸近有意確率0.014<0.05)、治療終了時(W=56.00, 漸近有意確率0.003<0.05)と、外来化学療法期間中のすべての調査時期において、上昇群と下降群で有意差があった。

次に、下降群の患者10名に注目し、下降群のFACT-G得点を退院前と外来化学療法期間中(外来化学療法初回時, 4クール時, 治療終了時)で比較した。Wilcoxonの符号付き順位検定を実施したところ、退院前と外来化学療法初回時(Z=-2.70, 漸近有意確率0.007<0.05)、退院前と治療終了時(Z=-2.80, 漸近有意確率0.005<0.05)で有意差があった。さらに、FACT-Gの得点で退院前と差があらわれた外来化学療法初回時と治療終了時において、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項目)とHADSの得点がどのように変化しているかを検討した。Wilcoxonの符号付き順位検定を

実施したところ、退院前と外来化学療法初回時においては、感情面(Z=-2.28, 漸近有意確率0.023<0.05)で有意差があった。退院前と治療終了時においては、感情面(Z=-2.68, 漸近有意確率0.007<0.05)と悪性リンパ腫に特異的な項目(Z=-2.31, 漸近有意確率0.021<0.05)とHADSの項目(Z=-2.44, 漸近有意確率0.015<0.05)で有意差があった。

(ii) 肺がん患者

2008年6月～2010年1月の間、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、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 D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った。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の改善の有無によって、有意差はなかった。

5) 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

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。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。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た。

6) 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

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価(5 件法: 1. 全く役に立たない・5. 非常に役に立つ)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価(5 件法: 1. 全く使うことができない・5. 非常に使うことができる)の平均値は 4.33 ($SD=0.49$)であった。

7) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

目的 1: 97 名から有効なデータを得た。平均年齢は 68 歳、IV 期または再発が 41%であった。もっとも頻度の高いせん妄の原因はオピオイド(29%)であり、ついで炎症(27%)、脱水/電解質異常(16%)であった。43%の患者において複数の発現要因を認めただ一方で、20%の患者においてはその原因を同定することができなかった。

目的 2: 現在も研究遂行中であるが、現時点で、前半群予定症例 58 名中 23 名が調査完遂した。この 23 名において、第一回、第二回各評価における中等度以上のせん妄の頻度は、それぞれ 35%、43%であった。

8) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

(i) 終末期せん妄の家族の体験内容として“患者が過去に実際にあったことを話した”“せん妄に患者自身も気づき苦悩に感じてい

た”など、家族はせん妄で予想される症状以外の体験をしていた。家族が考える、助けとなる医療者の態度として、“せん妄患者の主観的な世界を大切にした対応”“これまでと変わらないその人として尊重した対応”などがあがった。

(ii) 終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するための有効と思われる介入が明らかになった。すなわち、1) 医療者が家族の身体的・精神的負担に配慮すること、2) 医療者がせん妄の原因について適時・適切に説明すること、3) 今後起こりうる症状の説明について、適時・適切に説明すること、4) 医療者が家族とともにいること、5) 医療者が患者の主観的な世界を大切にした対応すること、6) 医療者が家族の身体的・精神的負担に配慮すること、である。

(iii) 死亡者 149 名のうち、死亡前に家族支援リーフレットを用いた家族介入を行った遺族 90 名に質問紙を送付し、62 名から回答を得た。93%の遺族が「看取りのパンフレット」が「役に立った」または、「とても役に立った」と答えた。遺族の体験として、「この先どのような変化があるのかの目安になる(86%)」、「家族ができることやしても良いことが分かる(83%)」、「他の家族に状況を伝えるために利用できる(75%)」、「患者さまの状況と照らし合わせて現状を理解するのに役に立つ(75%)」、「不安や心配が和らぐ(75%)」が見られた。

9) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

対象期間中 44 名の患者に対して採血をおこなった。平均年齢 59±12 才、うち女性 37 名。原発は乳腺 21 名、大腸 5 名、肺、血液各 4 名、他部位 7 名であった。ビタミン B1 平均値は 29.6±8.0ng/ml (17~53ng/ml)。わが国で定めているビタミン B1 正常下限 28 ng/ml 以下の患者は 21 名(47.7%)であった。

10) 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

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 and 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

1) 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

緩和ケア病棟におけるディグニティセラピーへの参加拒否率の高さより、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関連している可能性が示唆された。

2) 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

①有用性の予備的検討

本研究では、スクリーニング実施率 71.8% と高率を維持し、本プログラムは十分な実施可能性を持つものであった。スクリーニング陽性率は 21.8% であり、これまでの適応障害・うつ病有病率調査の報告とほぼ同等レベルであった。同様のプログラムを入院患者を対象に実施した場合と比較すると (49.6%)、低率であった。これは入院患者は外来患者と比較して、進行期の患者が多いこと、全身状態が悪く、身体的にも精神的にも負担が大きいことを示している。

プログラム実施後の精神腫瘍科受診者数および適応障害・うつ病診断者数は、プログラム実施後に約 3 倍に増加をしたが、有意差を認めなかった。入院で実施した場合と異なり、外来で受診率の向上が認められなかった原因として、以下の要因があげられる。まず、外来患者は入院患者と比較して、身体状況が良いため精神的負担も軽く、専門的な対応を必要とする患者が少ないこと、身体的に負担を強いる化学療法が終了したあとに場所を移して受診する身体的負担が大きいこと、また受診する場合には場所の移動や待ち時間など手続きにともなう制約があること、精神科受診に対する抵抗感などがある。

一方、プログラム実施後に、精神腫瘍科受診に至るまでの期間が有意に短縮していた。スクリーニングの効果は、U.S Preventive Services Task Force がガイドラインで指摘したように、うつ病患者に限定した場合には早期介入効果が示されるものの、うつ病以外を含めた一般群で検討すると早期発見が症状

改善に有用であるかは示されていない。本プログラムにおいても早期介入効果は示されたが、早期介入が早期治療につながり、集団としての抑うつ重症度の軽減に貢献するかさらなる検討が必要である。

②受診推奨方法の検討 (i)

受診率・診断率の向上を目標に、スクリーニングが陽性で、薬剤師による受診推奨が難しい場合に、心理療法士が通院治療センターに出向き、受診推奨を併せておこなうようにシステムを改変したが、受診率ならびに診断率は向上しなかった。心理療法士による精神腫瘍科受診推奨という介入を加えても改善しなかったことは、受診推奨の技術自体が受診率が向上しない主たる要因ではないことが明らかになった。

③臨床介入研究 (ii)

受診率・診断率の向上を目的に、適応障害・うつ病が疑われる症例 (陽性者) に対して、初診に限って精神腫瘍医が直接通院治療センターに出向いて診療をおこなった。実施率は 70% 台を維持したが、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とし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。

3) 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

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。

4) 外来化学療法を受けるがん患者の QOL の評価法および患者への介入

(i) 悪性リンパ腫患者

退院前より外来化学療法初回時の方が、QOL が低い患者は、外来化学療法初回時の QOL 全体の低下のなかで、とくに感情面の QOL が低下していた。また、治療終了時の QOL 全体の低下のなかでは、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、HADS の得点の上昇がみられた。これらのことより、それぞれの時期に応じて、QOL の低下に及ぼす要因、とくに感情面に対処していく必要があることが示唆された。

(ii) 肺がん患者

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【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、感情面の上昇にも関係があった【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)】。これらの結果をふまえて、臨床面の改善のみられない患者には、感情面のフォローも必要であることが伺えた。

5) 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

外来化学療法中のがん患者の有効な精神症状評価法として、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有用性が示唆された。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ると考えられた。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。

6) 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

開発した 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。

7) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

目的 1：がん患者のせん妄を引き起こす主要な原因が明らかとなった。これらの知見は、せん妄への対応を検討するにあたり、有用な知見となると考える。

目的 2：本研究における適格基準を満たす患者におけるせん妄の出現頻度は高く、リエゾン介入のような新規介入が必要な一群であることが示唆された。入院時よりせん妄を呈している患者が多かったことから、入院時のせん妄スクリーニングとそれに基づく早期介入が有用であると考えられた。

8) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

(i) 家族はせん妄の予想される症状以外の体験をしていた。終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するためには、従来のせん妄治療を行うのみでは不十分な可能性がある。

(ii) 終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するための有効と思われる介入法が明らかになった。

(iii) 「看取りのパンフレット」は多くの家族にとって有用であり、家族に対する知識の有効な提供や家族間の情報共有に役立ち、家族のせん妄によるつらさを和らげることが示

唆された。今後、全国への普及を目指したい

9) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

外来レベルにおいて、半数近くの患者でビタミン血清 B1 レベルの低下していることがあきらかになった。ビタミン B1 は体内合成ができないため、外部からの摂取に頼る必要があるが、食欲低下などで低下している可能性がある。

10) 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

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。

E. 結論

1) 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

北米で開発されたディグニティセラピーは、我が国においては実施可能性が低いことが推測された。

2) 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

つらさと支障の寒暖計を用いた適応障害・うつ病スクリーニングプログラムを外来患者を対象に実施した。スクリーニングプログラムの実施可能性は示されたが、受診率・診断率の向上は認められなかった。実効性を向上させるためには、スクリーニングの実施場所や時期、対象を明確にすることが必要である。

3) 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

「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。

4) 外来化学療法を受けるがん患者の QOL の評価法および患者への介入

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、悪性リンパ腫患者、肺がん患者だけでなく、外来化学療法を受けるがん患者の QOL を調査し、それぞれの適切な介入の時期を探る。

5) 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

外来化学療法中のがん患者の有効な精神症状評価法として、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有用性が示唆された。

6) 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

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。

7) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

目的 1：観察研究より、がん患者におけるせん妄の病態が明らかになった。

目的 2：せん妄ハイリスクが高いがん患者において、その頻度は入院 2 週間後においては 43% を非常に高く、本研究を遂行する意義が確認できた。

8) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するための有効と思われる介入法が明らかになった。この指針に基づき、具体的支援策を含んだ教育ツールを作成し、有用性が明らかになった。今後、全国への普及を目指したい。

9) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

外来がん患者で血清ビタミン B1 が欠乏ないし、低下している患者のいることを念頭において治療を行わなければならない。

10) 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

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。

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. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-89, 2007
2. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y: Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliat Support Care* 5:3-9, 2007
3. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence: feasibility study. *Psychooncology*. 16:517-524, 2007
4. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*. 16:573-581, 2007
5. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology*. 16:617-625, 2007
6. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psychooncology*. 16:888-894, 2007
7. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage*. 34:579-589, 2007
8. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery. *J Pain Symptom Manage*. 34:575-578, 2007
9. Kawanishi C, Onishi H, et al: Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients *Palliative & Supportive Care* 5: 351-354, 2007
10. Onishi H, et al: Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants. *Palliative & Supportive Care* 5: 411-414, 2007.
11. Kato D, Onishi H, et al: Effects of CYP2D6 polymorphisms on neuroleptic malignant syndrome. *Eur J Clin Pharmacol*. 63: 991-996, 2007.
12. 明智龍男, 森田達也, 他. 看取りの症状緩和パス: せん妄: 緩和医療学 2007; 9: 29-35.
13. 佐川竜一, 奥山徹, 明智龍男. せん妄の向精神薬による対症療法. *精神科治療学* 2007; 22: 885-891.
14. 藤森麻衣子, 内富庸介, 他: がん診断、再発、終末期の心の反応を理解する; がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. *医学書院* p34-43, 2007
15. 内富庸介: がんに対する通常の心理的反応. *腫瘍内科*. 1:311-316, 2007
16. 内富庸介: がん対策基本法. *精神医学*. 49:564-565, 2007
17. 内富庸介: 精神腫瘍学の臨床・教育経験から. *日本がん看護学会誌*. 21:130-132, 2007
18. 小早川誠 他: がんといわれたら. からの科学 253: 132-135, 2007 日本評論社
19. 西田知未, 大西秀樹, 他: 入院がん患者における薬剤性せん妄のリスク精神科治療学 22:970-971, 2007
20. 大西秀樹: 「緩和ケアチーム」精神科医ができること、何が期待されているのか? *精神医学* 49:897-899, 2007
21. Sunakawa Y, Onishi H, et al: Masaru Narabayashi, Yasutsuna Sasaki A case report of respiratory akathisia in cancer patient, *Palliative & Supportive Care* 6: 79-81, 2008
22. 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* 38:867-70, 2008

23. Akechi T, Okuyama T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. Cochrane Database Syst Rev:CD005537, 2008
24. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Palliat Support Care 6:29-32, 2008
25. Asai M, 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
26. 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
27. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. Psychooncology 17: 466-73. 2008
28. 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
29. Okuyama 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
30. 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
31. Hirai K, et al: Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a brief cancer-related worry inventory. Psychooncology, 17(2):1172-1179, 2008
32. Sunakawa Y, Onishi H, et al: A case report of respiratory akathisia in cancer patient, Palliative & Supportive Care 6: 79-81, 2008
33. Nishida T, Onishi H, et al: Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient Palliative & Supportive Care 6: 183-185, 2008
34. 内富庸介, 他: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
35. 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
36. 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
37. 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
38. 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
39. 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
40. 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
41. 平井 啓, 他:【緩和医療における精神症状への対策】がん患者に対する問題解決療法. 緩和医療学 10:37-42, 2008
42. 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
43. 内富庸介:Psycho-Oncology の臨床応用について. Pain Clinic 29: 1004-5. 2008
44. 大西秀樹 : がん医療における精神腫瘍学的な問題とその対応について 精神神経薬理 11: 761-767, 2008
45. 大西秀樹, 他 : 精神腫瘍外来 精神科治療学 23: 1097-1102, 2008
46. 大西秀樹, 他 : サイコオンコロジーの臨床 精神科 13: 94-98, 2008
47. 大西秀樹 : がん患者にみられるせん妄-その原因と臨床症状- 看護技術 14: 1506-1508, 2008
48. 大西秀樹 : がん患者の適応障害、うつ病、せん妄の病態 日本病院薬剤師会雑誌 44: 1751-1753, 2008
49. 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
50. 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
 51. 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
 52. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Mental vulnerability and survival after cancer. *Epidemiology* 20: 916-20, 2009
 53. 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
 54. Matsumoto Y, Shimizu k, Uchitomi Y, et al: Suicide Associated with Corticosteroid Use During Chemotherapy: Case Report. *Jpn J Clin Oncol* 40 : 147-76, 2010
 55. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology*, in press
 56. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*, in press
 57. Shimizu K. et al. Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psycho-Oncology*. In press.
 58. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Bereavement Dream? - Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression *Palliative & Supportive Care* (in press)
 59. Wada T, Onishi H, et al: Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. *Palliative & Supportive Care* (in press)
 60. 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.
 61. 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.
 62. 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
 63. 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
 64. 内富庸介: コミュニケーション. *がん緩和医療* 43: 49-55, 2009
 65. 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
 66. 大西秀樹: サイコオンコロジーの基本的知識 診断と治療 11: 54-59, 2009
- 学会発表
1. Sagawa R, Aekchi T, Okuyama T, et al : Identifiable aetiologies of delirium in cancer patients. 9th World Congress of Psycho-oncology, 2007 .7, London.
 2. Yoshikawa E, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Prefrontal Cortex and Amygdala VOLUME in First Minor or Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis. WPA International Congress 2007. 2007.11, Melbourne
 3. Uchitomi Y: Development of Psycho-Oncology. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
 4. Uchitomi Y: Truth-telling Practice in Japan. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
 5. Uchitomi Y: Assessment of Depression in Cancer Patients. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
 6. Uchitomi Y: Management of Depression in Cancer Patients. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
 7. Uchitomi Y: The Development of Psycho-Oncology in Japan: The 46th Annual Meeting of Taiwanese Society of Psychiatry. 2007.11, Taipei
 8. Uchitomi Y: Psycho-Oncology Development in Asia: 9th World

- Congress of Psycho-Oncology. 2007. 10, London
9. 佐川竜一, 明智龍男, 奥山徹, 他: がん患者におけるせん妄の発現因子に関する検討. 第12回日本緩和医療学会総会: 2007. 6, 岡山
 10. 佐川竜一, 明智龍男, 奥山徹, 他: がん患者におけるせん妄の発現要因と臨床的サブタイプに関する検討. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会, 2007. 11, 札幌
 11. 内富庸介, 平井啓, 他: がん心: 患者の意向に副ったケアの提供を目指して. 第14回多文化間精神医学会. 2007. 2, 東京
 12. 内富庸介, 他: サイコオンコロジーの臨床技術: 悪い知らせの後の抑うつとがん医療者のコミュニケーション. 第103回日本精神神経学総会. 2007. 5, 高知
 13. 内富庸介, 他: がん心と心, そして脳. 第34回日本脳科学会. 2007. 6, 島根
 14. 内富庸介: がん患者の抑うつ対策. 第4回日本うつ病学会総会. 2007. 6, 札幌
 15. 内富庸介: がん患者の心の反応とその変調への対応. 第4回日本うつ病学会総会. 2007. 6, 札幌
 16. 新城拓也, 森田達也, 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期せん妄に関する, 家族の経験についての質問紙調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
 17. 池永昌之, 森田達也, 内富庸介: 症状緩和のための鎮静 (Palliative Sedation Therapy) の効果と安全性, 倫理的妥当性の検討: 緩和ケア専門病棟における多施設前向き観察的研究. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
 18. 内富庸介: がん患者の心の反応とその変調への対応~サイコオンコロジーの臨床実践~. 第7回日本認知療法学会. 2007. 10, 東京
 19. 内富庸介, 他: がん治療におけるコミュニケーションスキルトレーニング: ロールプレイを用いたサイコオンコロジーの臨床応用. 第7回日本認知療法学会. 2007. 10, 東京
 20. 藤森麻衣子, 明智龍男, 森田達也, 内富庸介, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーションその1 国立がんセンター東病院外来調査. 第45回日本癌治療学会総会. 2007. 10, 京都
 21. 藤森麻衣子, 明智龍男, 内富庸介, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーションその2 日米がんセンター比較. 第45回日本癌治療学会総会. 2007. 10, 京都
 22. 岡村優子, 明智龍男, 内富庸介, 他: 進行がん患者の大うつ病に対する薬物治療アルゴリズムの臨床的検討. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11, 札幌
 23. 藤森麻衣子, 明智龍男, 内富庸介, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーション その1 日米がんセンター比較. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11, 札幌
 24. 藤森麻衣子, 明智龍男, 森田達也, 内富庸介, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーション その2 国立がんセンター東病院外来調査. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11, 札幌
 25. 清水研, 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者に合併した大うつ病は精神科医による介入により改善可能か? 第20回日本総合病院精神医学会総会. 2007. 11, 札幌
 26. 赤澤輝和, 明智龍男, 内富庸介: がん患者・家族の心理社会的問題に対する電話相談の実施可能性. 第20回日本総合病院精神医学会総会 2007. 11, 札幌
 27. 小早川誠, 他: 広島大学病院緩和ケアチームの活動開始後1年間での課題. 第12回日本緩和医療学会総会 ポスターセッション. 2007. 6, 岡山
 28. 織田浩子, 小早川誠, 他: 子宮頸がん術後放射線療法に伴う小腸膀胱瘻をきたした患者への在宅治療へ向けた関わり. 第93回広島がん治療研究会. 一般演題. 2007. 9, 広島
 29. 小早川誠, 他: 緩和ケアチームで対応した抑うつを呈した2症例に関する検討. 第20回日本総合病院精神医学会総会. ポスターセッション. 2007. 12, 札幌
 30. 荒木和浩, 大西秀樹, 他: 腫瘍内外来での緩和医療と第1相試験の現状. 第12回日本緩和医療学会. 一般演題 2007年6月22・23日, 岡山市
 31. 福島志衣, 大西秀樹, 他: がん性疼痛コントロール中にアカシジアを発症した患者の分析. 第12回日本緩和医療学会. 一般演題 2007年6月22・23日, 岡山市
 32. 奈良林至, 大西秀樹, 他: 大学病院にお

- ける緩和ケアチームの現状と診療上の問題点、第12回日本緩和医療学会、一般演題、2007年6月22・23日、岡山市
33. Shimizu K, Akechi T: Symposium: Distress in Japanese cancer patient. 10th World Congress of Psycho-Oncology. 2008 .6, Madrid.
 34. 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
 35. Kobayakawa M, Akechi T, Uchitomi Y, 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
 36. 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
 37. 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との距離を考える」、平成20年6月29日、天童市
 38. 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
 39. 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
 40. 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
 41. 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
 42. 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
 43. 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
 44. 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
 45. 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
 46. 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
 47. 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
 48. 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
 49. 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
 50. 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
 51. 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
 52. 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回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2008. 10, 東京
 53. 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. 2008. 10, 広島
 54. 平井啓 : がん患者の心配・不安に対する問題解決療法 ワークショップ「がん患者の不安に対する心理学的介入」 第21回日本サイコオンコロジー学会. 2008. 10, 東京.
 55. 平井啓 : がん患者に対する 問題解決療法 自主シンポジウム「がん医療における認知行動療法の実践」. 日本行動療法学会 第34回大会. 2008. 11, 東京.
 56. 平井啓, 他 : 不安と心配の識別は可能か? がん患者の心配評価尺度作成. 日本行動療法学会第34回大会. 2008. 11, 東京.