

57. 平井啓 : がん患者への問題解決療法の有効性に関する研究 シンポジウム「認知行動療法とEBM—日本における認知行動療法の効果研究の現状と課題—」. 第8回日本認知療法学会. 2008.11, 東京.
58. 本岡寛子, 平井啓, 他 : 大学生を対象とした問題解決療法の指導マニュアルの検討. 日本行動療法学会第34回大会. 2008.11, 東京.
59. 大西秀樹 : 「がん患者家族が抱える精神医学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), 2008.10, 東京
60. 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. 11th World Congress of Psycho-Oncology, 2009 6. Vienna.
61. 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. 56th Psychosomatic Medicine: 2009 11, Las Vegas.
62. Ito, N., Hirai, K, et al : Development of cancer worry impact inventory (CWII) in Japanese cancer patients. 43rd Annual Convention of Association for behavioral and Cognitive Therapies. Poster Session. 2009. 11, New York, USA
63. Ishida M, Onishi H, et al : Bereavement Dream? - Case of a Japanese women suffering from unpleasant dream. International Psycho-Oncology Society. Vienna, Austria. June, 2009.
64. Onishi H, et al : Psychiatric disorders of the bereaved who lost family members due to cancer: Experiences of outpatient services for bereaved families in a cancer center hospital in Japan. International Psycho-Oncology Society. Vienna, Austria. June, 2009
65. 平井啓 : 『シームレスな心のサポート : がん告知から終末期まで』 サバイバーシップを支える: 心理士による問題解決療法 第22回日本サイコオンコロジー学会. シンポジウム. 2009.10, 広島.
66. 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
67. 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
68. 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
69. 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
70. 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
71. 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
72. 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
73. 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
74. 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
75. 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
76. 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
77. 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
78. 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
79. 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
  80. 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
  81. 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
  82. 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
  83. 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総会. ポスター. 2009. 6, 大阪
  84. 小早川誠, 他: 外来化学療法中のがん患者に対する精神症状スクリーニング法の有用性に関する研究; ポスターセッション; 第22回日本サイコオンコロジー学会 2009. 10, 広島
  85. 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、2009. 4、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）  
（総合）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支援治療科

研究要旨 研究 1：進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性に関する系統的レビューを行い、精神療法の提供は、通常の治療のみに比べて有意に抑うつを改善することを示した。研究 2：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い、本介入は我が国における実施可能性が低いことを示した。研究 3：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、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、いずれも有用であることを示した。

目的

がん患者の 20-40% に治療を必要とする精神症状（抑うつ、不安、せん妄など）が認められることが明らかになっている。一方で、精神症状の早期発見、標準的な治療法および予防法をはじめとした適切な精神医学的介入法は未だほとんど確立されていない。本研究の目的は、がん患者に頻度の高い精神症状に対する有効な精神医学的介入法を開発することである。

以下各々の研究毎に内容を記す。

研究 1

A. 研究目的

平成 19 年度は、実証レベルが明らかでない進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性を系統的レビューにて検討した。

B. 研究方法

コクラン共同計画の PAIN, PALLIATIVE CARE AND SUPPORTIVE CARE GROUP (PAPAS) の枠組みの中で系統的レビューを行った。

本レビューに含める研究の選択基準

・研究の種類

全ての重要な無作為化比較試験

・参加者

18 歳以上の成人、男女双方を含む、治療が望めないがんの診断、抑うつ状態が標準化さ

れている自己記入式質問票あるいは面接法等の妥当性を有する方法で評価されているもの。

・介入の種類

すべての種類の精神療法

・アウトカム測定法の種類

対象とする研究は、本レビューの主要なアウトカムとなる抑うつの重症度に関する評価を少なくとも一つ含んでいるものとした。重症度評価は自己記入式、他者評価の種類を問わなかった。

・有効性の検討は介入前後の抑うつスコアの差の平均値を比較して行った。

・サーチストラテジー

1. 電子データベース

・検索するデータベース

Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Register、The Cochrane Controlled Trials Register: Cochrane Library、MEDLINE (1966-)、EMBASE (1980-)、LILACS (1992-)、SIGLE (1995-)、CINAHL (1982-)、PsycLIT (1974-)、PSYINDEX (1977-)、CancerLit (1983-2000)

2. リファレンスサーチ

3. SciSearch

・レビューの方法

1. 臨床試験の選択

2 人のレビューアーが以下の基準を満たす

研究を独立してチェックした。2人のレビューアーのいずれかにより選択された論文は、すべて次の段階において厳密なクライテリアに従い評価を行う対象とした。

- 1) 無作為化比較試験
- 2) 対象が治癒が望めないがん患者
- 3) 抑うつの評価が行われている

## 2. 質の評価

2人のレビューアーが抽出された研究の方法論的な質を独立して評価した。この際、Newellらの方法に準拠して研究の質のスコアリングを行った(Newell, S. A., et al. (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*, 94, 558-584)。

## 3. データの抽出

2人のレビューアーが、データ抽出フォームを用いて、独立して各研究報告からデータを抽出した。

## 4. データの合成

データはレビューアーが Review Manager 4.2 に入力した。データは、random effects model を用いて standardized weighted mean difference (SMD) を計算した。研究間の異質性の検定は、I-squared および Q 統計量と Meta View plot を用いて行った。

### (倫理面への配慮)

本研究は文献上のデータの二次解析であり、患者を対象としたものではないので、特別な倫理的配慮は不要である。

## C. 研究結果

候補にあがった 176 の論文について全文を入手し、最終的には 10 の論文が適格条件を満たした。このうち、介入前後の抑うつスコアの変化の記載がある研究は 6 報であったので、これらを用いてメタアナリシスを行った。この 6 報のうち 4 つの研究が支持-表出的精神療法、各々 1 つが認知行動療法、問題解決療法を用いていた。

メタアナリシスの結果(介入群 n=292、対照群 n=225)、精神療法の提供は、通常の治療のみに比べて有意に抑うつを改善することが示された(effect size=-0.44 [95%CI=-0.08 to -0.80])。

これら 6 報の研究間には中等度の有意な異質性が認められた。メタビュープロットの検討から、Spiegel ら、および Wood らの報告で

異質性が高いことが示唆されたので、各々を除いて異質性の検定を行ったところ、前者を除くと有意な異質性が消失した。

メタアナリシスに用いた 6 報を下記に示す。

1. Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., et al (2001) The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, 345, 1719-1726
2. Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., et al (2001) Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 494-501
3. Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. (1999) A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, 8, 295-305
4. Spiegel, D., Bloom, J. R. & Yalom, I. (1981) Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 527-533
5. Wood, B. C. & Mynors-Wallis, L. M. (1997) Problem-solving therapy in palliative care. *Palliat Med*, 11, 49-54
6. Linn, M. W., Linn, B. S. & Harris, R. (1982) Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, 49, 1048-1055

## D. 考察

今回の検討から、進行がん患者の抑うつ軽減に対して精神療法は有用であることが示された。しかし、実際に行われていた治療技法は多くが長期間継続する支持-表出的な精神療法であり、昨今欧米で頻用されている構造化された認知行動療法の有用性に関しては今後の研究が必要であることが示された。

## E. 結論

進行がん患者の抑うつ軽減に対して精神療法は有用であり、中等度の効果を有することが示された。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## 研究 2

### 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。平成 20 年度に行った本研究では、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する。1) がん診断告知を受けている、2) 推定予後 6 ヶ月未満、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に加え、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) で求める。

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する。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く。

#### 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FACT-G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。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例を対象としたところ、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。

## 研究 3

### 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、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 つのうつ病診断基準項目は、いずれもがん患者の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. 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. 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.
4. 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.
5. 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
6. Akechi T, Okuyama T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*:CD005537, 2008
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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.
12. 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.

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. 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
3. 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
4. Shimizu K, Akechi T: Symposium:  
Distress in Japanese cancer patient.  
10th World Congress of Psycho-Oncology.  
2008 .6, Madrid.
5. 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. 11th World Congress of  
Psycho-Oncology, 2009 6. Vienna.
6. 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. 56th Psychosomatic  
Medicine: 2009 11, Las Vegas.

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）  
（総合）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開発部

**研究要旨** 本研究では、国立がんセンター東病院通院治療センターにおいて2007年4月から臨床導入された“適応障害・うつ病スクリーニングプログラム”の実施状況を記述し、有用性を検討した。その結果、“適応障害・うつ病スクリーニングプログラム”を適用することにより、プログラム実施前後で精神科専門診療を受けるまでの期間が有意に短縮した。受診率を向上させるため、受診推奨方法の変更や医師が通院治療センターに出向いて診療するなどプログラムの改変を試みたが、受診率、診断率の有意な変化は認めなかった。“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。

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、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。

B. 研究方法

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出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。

（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

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。

#### D. 考察

##### 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、有意差は認めなかった。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。

#### E. 結論

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。

#### 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. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? Palliat Support Care. 5:3-9, 2007
2. Asai M, Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Burnout and psychiatric

- morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology*. 16:421-428, 2007
3. 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. 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
  10. 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
  11. 内富庸介: がん対策基本法. *精神医学*. 49:564-565, 2007
  12. 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
  13. 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
  14. 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
  15. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. *Psychooncology* 17: 466-73. 2008
  16. 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
  17. 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
  18. 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
  19. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Palliative and Supportive Care* 6: 29-32. 2008
  20. 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
  21. 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
  22. 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
  23. 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
  24. 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
25. 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
  26. 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
  27. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Mental vulnerability and survival after cancer. *Epidemiology* 20: 916-20, 2009
  28. 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
  29. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psychooncology* 18: 23-9, 2009
  30. 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
  31. Matsumoto Y, Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Suicide Associated with Corticosteroid Use During Chemotherapy: Case Report. *Jpn J Clin Oncol* 40: 174-76, 2010
  32. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology*, in press
  33. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*, in press
  34. 内富庸介: Psycho-Oncology の臨床応用について. *Pain Clinic* 29: 1004-5, 2008
  35. 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
  36. 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
  37. 内富庸介: コミュニケーション. がん緩和医療 43: 49-55, 2009
  38. 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
- 学会発表
1. Yoshikawa E, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Prefrontal Cortex and Amygdala Vollume in First Minor or Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis. WPA International Congress 2007. 2007.11, Melbourne
  2. Uchitomi Y: Development of Psycho-Oncology. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
  3. Uchitomi Y: Truth-telling Practice in Japan. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
  4. Uchitomi Y: Assessment of Depression in Cancer Patients. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
  5. Uchitomi Y: Management of Depression in Cancer Patients. 心理腫瘍学検討会. 2007.11, 台湾
  6. Uchitomi Y: The Development of Psycho-Oncology in Japan: The 46th Annual Meeting of Taiwanese Society of Psychiatry. 2007.11, Taipei
  7. Uchitomi Y: Psycho-Oncology Development in Asia: 9th World Congress of Psycho-Oncology. 2007.10, London
  8. 内富庸介, 平井啓, 他: がんと心: 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
  9. 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
  10. 内富庸介, 他: がんと心, そして脳. 第34回日本脳科学会. 2007.6, 島根
  11. 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
  12. 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
  13. 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
  14. 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
15. 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
  16. 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
  17. 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
  18. 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
  19. 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
  20. 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
  21. 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
  22. 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
  23. 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
  24. Uchitomi Y, et al : Development of Psycho-Oncology Network: the experience of the IPPOS 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
  25. 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
  26. 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
  27. 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
  28. 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
  29. 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
  30. 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
  31. 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
  32. 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
  33. 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
  34. 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
  35. 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
  36. 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
  37. 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
  38. 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



- 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
40. 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
41. 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
42. 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
43. 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 4 2 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
44. 内富庸介, 他: コミュニケーション技術研修. 第 2 2 回日本サイコオンコロジー学会総会. 座長. 2009. 10, 広島県
45. 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
46. 内富庸介: 緩和医療とサイコオンコロジー. 第 6 8 回日本癌学会学術総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 10, 神奈川県
47. 内富庸介: 緩和医療と精神腫瘍学. 第 6 8 回日本癌学会学術総会. 座長. 2009. 10, 神奈川県
48. 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 2 2 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
49. 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 2 2 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
50. 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 2 2 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
51. 内富庸介: 緩和ケアと精神腫瘍学の目指すもの. 第 2 2 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
52. 内富庸介: 緩和ケアと精神腫瘍学の目指すもの. 第 2 2 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て、全国4つの施設において研究を行った。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。結果としては、受診率は2.2-5.3%であり、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。受託率に関しては、7.5-25%と低く、改善の必要性が示唆された。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。

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数施設にベストプラクティスとして導入する予定である。本研究はプログラム臨床導入後の実態調査であり、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

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。

（倫理面への配慮）

本研究は、各施設の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

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 受診率	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

### 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善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, Shimizu k, Uchitomi Y, et al: Suicide Associated with Corticosteroid Use during Chemotherapy: CaseReport. 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）  
（総合）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悪性リンパ腫患者および肺がん患者を対象に、悪性リンパ腫では Quality of Life (QOL) の経時的に評価を目的とし、肺がん患者では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。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。また、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。

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、(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。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。

(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

(i) 悪性リンパ腫患者

2007 年 10 月～2009 年 7 月の間、対象者 23