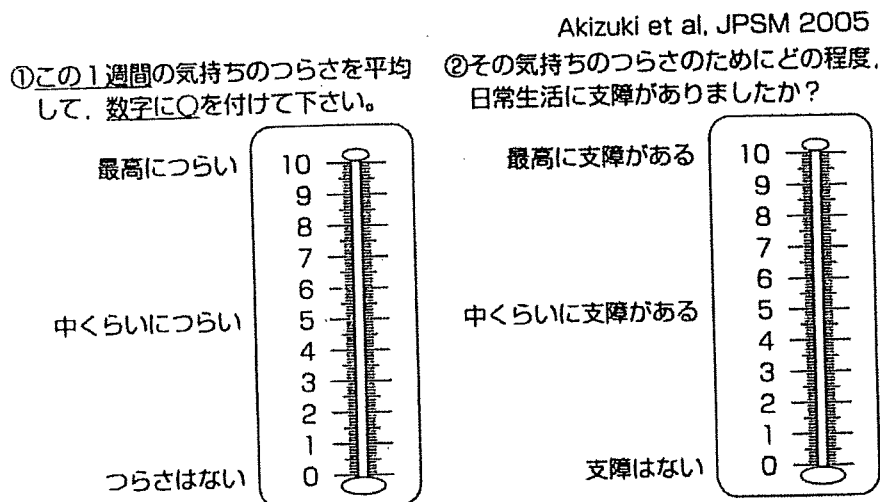


図3 がんの進行と抑うつ（うつ状態・適応障害）の1カ月有病率：国立がんセンター



\* <http://pod.ncc.go.jp/> でダウンロードできます。

図4 気持ちのつらさと支障の寒暖計

であるがほとんど見過ごされ、さらに運よく精神科医の診察に至っても身体症状があるので、ある程度の診断・治療技術を要する。

#### 4. 精神療法

これまでの、がん患者への心のケアの基本は、やはり支持的精神療法である（表3）。がん治療後の社会復帰をうながす目的で認知行動モデルに基づく精神療法が行われたり、治癒が望めない患者には感情表出をうながし、死にゆく過程に焦点をあて実存モデルに基づく精神療法も行われている。他者に依存する苦痛や自律性の喪失といった

苦しみのなかにあっても意味を見出す援助ができないか模索されている。今後、一般化するためには、多施設共同臨床試験が必要である。

遺族に悲嘆が強い場合、通常の支持療法が行われてきたが、対人関係療法、さらには故人とのエピソードの回想に取り組む暴露療法の有効性が報告されている。また、遺族となる家族間の結びつきがあらかじめ弱いと評価された場合には、生前から家族療法を行う試みも報告されている。

#### 5. 患者参加によるグループ療法

2000年に当院では、海外でさかんに行われて

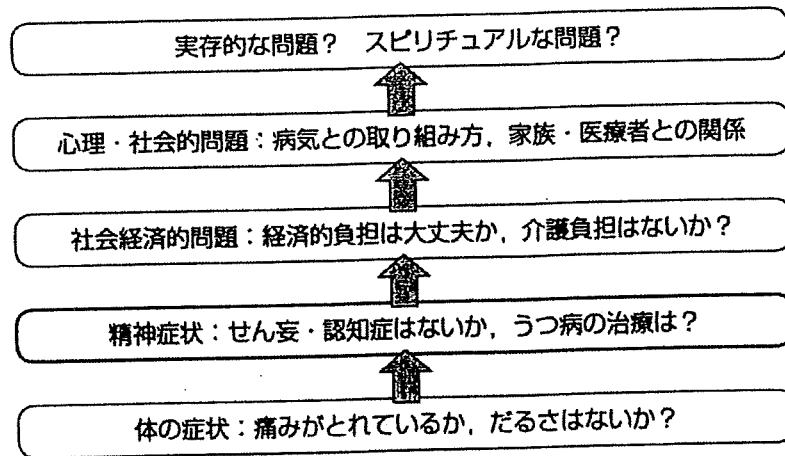


図5 こころの評価の進め方

表3 がん患者への心のケア

1. 心理学的
  - (ア) がん患者（個人/グループ）を対象に
    - ① 支持的療法 Supportive psychotherapy
    - ② 危機介入 Crisis intervention
    - ③ 認知行動療法 Cognitive-behavioral therapy
    - ④ 認知実存的療法 Cognitive-existential psychotherapy
    - ⑤ 対人関係療法 Interpersonal Psychotherapy
    - ⑥ 行動療法—漸進的筋弛緩法 Interpersonal Psychotherapy
  - (イ) 進行終末期の意味の喪失を標的に
    - ① ナラティブ療法 Life Review ; Life Completion Interviewing
    - ② 意味中心グループ療法 Meaning - Centered Group Psychotherapy
    - ③ 尊厳療法 Dignity Therapy
  - (ウ) 遺族の悲嘆を標的に
    - ① 家族の悲嘆焦点療法 Family - focused Grief Therapy
    - ② 複雑悲嘆療法 Complicated Grief Therapy
2. 社会的支援・経済的支援・介護支援
  - (ア) ピアサポート，患者会，家族会
  - (イ) 経済的（高額医療費など）
  - (ウ) 介護
3. 精神医学的
  - (ア) 抗うつ薬
  - (イ) 抗不安薬
  - (ウ) 睡眠導入剤
4. 身体的
  - (ア) 痛み，倦怠感，呼吸苦など身体症状緩和（鎮痛剤，鍼灸など）
  - (イ) リハビリテーション
  - (ウ) マッサージなど

いるサポートグループの導入を試み、乳がん患者の協力のもとその有効性を確認した。毎週1回、90分/回を、合計6回が標準コースだ。同じ場所のがんを抱えて同じ時期に同じ治療を受けたもの同士が、医学情報、心の対処法、身体のリラックス法を自ら学習していくものだ。医療者は参加するが主役はあくまでも患者である。

人前で話すのが苦手な患者も3回目あたりから

打ち解けてくる。医学情報は腹八分目に、自らが行える心の対処法が好まれた。また、ご主人ではなく女性の身内が主なサポートの担い手だったのが導入にあたっての注意点だった。自らのがんの物語をお互い話し、それぞれがたどった足跡ひとつひとつが他の参加者にとっては心強く、役に立つことを身をもって体験する。グループのなかでの役割回復をとおして少しずつ自信を取り戻し、

表4 がん患者への抗うつ薬療法：プラセボ対照無作為比較試験

| Author (y)       | Inclusion criteria           | drugs                                | results   |
|------------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Costa (1985)     | Major depression (MD)        | Mianserin vs Placebo                 | effective |
| Heeringen (1996) | MD                           | Mianserin vs Placebo                 | effective |
| Musselman (2006) | MD & Adjustment Dis.         | Paroxetine vs Desipramine vs Placebo | n.s.      |
| Razavi (1996)    | MD & Adjustment Dis.         | Fluoxetine vs Placebo                | n.s.      |
| Fish (2003)      | Mild depression              | Fluoxetine vs Placebo                | effective |
| Stockler (2007)  | Mild depression excluding MD | Sertraline vs Placebo                | n.s.      |

ひいては次の患者，社会へと博愛は広がっていく。がん治療後ツール・ド・フランスを制した，ランスアームストロングはがんサバイバーを支援する財団を設立したが，博愛の最たるものであろう。

## 6. 医師に対するコミュニケーション技術訓練法

患者さんの苦痛により共感を示すために，医師向けのコミュニケーション技術訓練研修会が1996年以降さかんになってきた<sup>5)</sup>。

研修会は知識を得るといふより，実践に近い体験学習である。進行役のもと，参加医師は数名のグループのなか，交代で医師役を演じ，模擬患者・家族を相手にがんを伝える訓練を行う。シナリオは治癒不能のがんである。必然的に「もう死ぬんですか？ もうだめってということですか！ 末期ですか！」などと，模擬患者が相手とはいえ緊迫した局面を迎える。それに対して「がんは2人に1人は治りますが，そうでない場合もいろいろ…緩和ケアがあり…」という風に，当初は「知識」のみで応じようとする。模擬演習という安全な環境下で討論が進むと，医師は自らの対応をいつものマシンガン・トークになってしまったと振り返る余裕が出てくる。さらに進めると，数秒の沈黙を置いた後に「いま，気がかりなことはなんでしょうか」という言葉がけをして，娘の結婚式の希望や，がんによって奪われた仕事の悔しさが聞き出せるようになる。患者の「情」の背景を探索する深みが出てくる。

## 7. 薬物療法

抗うつ薬治療は最も基本であるが，がん患者を対象としたプラセボを用いた無作為比較臨床試験は mianserin, fluoxetine, sertraline を除いていない(表4)。がんを含んだ，身体疾患を有するうつ病患者への臨床試験では，有効性を示す結果が得られている。しかし，臨死のがん患者への抗うつ薬投与に関しては，実際逡巡する。せん妄を

誘発せず，即効性，副作用を考慮した薬剤開発が期待される。

## Quantity of life の延長

がんの罹患に影響を与える心理社会行動因子(図2)のなかで，喫煙は最も強い因子で，唯一単独で4倍のリスクを持つ。そのほかの因子は単独では強くないが，生活行動様式や社会的因子は比較的強い関連を示す。抑うつなどは弱いもしくは不明であると考えられている。

### 1. がんの罹患

これまでいわゆる cancer-prone personality (Type C 性格)と言われてきた，内面の苦悩を抑圧し表出しない性格傾向と，がんの関連性は従来から指摘されてきた。追試されたが，きわめて弱い関連であった(オッズ比=1.19)。臨床的にはがんになりやすい性格があるとは言えないのが現在の解釈である。

### 2. 生存

ソーシャルサポートは一部否定的な結果も存在するが，多くの報告で弱いながらも(相対リスク=1.5以下程度)がんの進展に関連しており，今後，どのような要因を介するのか検討の余地がある。

Greerらのグループは，早期乳がん患者の前向きな態度(fighting spirit)と生存との関連を1970年代から検討してきたが，同じグループにより中規模の追試研究(N=578)が行われ，Fighting spiritは生存期間と無関係，絶望的な態度 Hopelessness/helplessnessは弱い傾向を示すにとどまったが，抑うつ(HADS-D尺度12点以上)は有意な関連を示した。うつ病と生存に関しては今後も検討の余地がある。

Spiegelらは，治癒が望めない進行乳がん患者に対し，がん患者のQOLの向上を目的に精神療法を行ったところ，結果的に生存期間が18.9カ

月から36.6カ月に延長したと予備的報告を行い、1989年当時は衝撃的であった。しかしながら、その後、自らを含む3つの追試により、転移性乳がん患者に対して支持的-自己表出的グループ療法は、生存期間に影響を与えないことが結論づけられた。

最近、心理社会的要因をすべてひっくるめてがん罹患・生存との関連を解析した報告があった。心理社会的要因はがん罹患・生存それぞれに統計上有意な関連はあるが、影響はきわめて小さく、臨床上意味ある関連ではないこと、さらに、出版バイアスがあるので解釈には注意が必要であるとのことである<sup>6)</sup>。以上、個々の要因別にみると結論は出ていないものもあるが、現時点では総じて関連がないと言える。

### 3. 遺族

全米のホスピスケアを受けた夫婦を対象とした症例対照研究から、遺族の生存率が上昇するという報告が得られた。遺族の死亡率は従来から一般人口に比較して高いが、生前からの配偶者へのホスピスケアの意義はさらに増すであろう。

### 精神科医が参画するがん医療の長所について

1. 精神科医ががん患者の診療に接するきっかけは、精神疾患患者の身体合併症治療からであろう。がん治療医を迎え入れて適切な医療を提供するためには、相手の懐に飛び込んで多様な患者を抱え、悩んでいるがん治療医の置かれた状況を理解したうえで、目標を明確化し医療チームをまとめるといった精神科医ならではの技術が不可欠であろう。
2. がん治療後には、社会学者スーザン・ソング自らが乳がん体験を「隠喩としての病」として著しているように、再発不安など不確実性を伴った闘病生活や社会復帰で痛感する、がんがもたらす社会的文脈での死、疎外感、孤立感が待ち受けている。統合失調症を始め精神疾患の多くは、思春期から多くの社会的な文脈での死を経験し、精神科医はその克服を支えてきた。このような社会的苦痛を理解する精神科医の持つ援助技能は、がん医療スタッフだけでなく、患者、家族からも強く望まれている。
3. 死を望むがん患者が存在する。大半はうつ病であるが、そうでない場合、オランダの安楽死やアメリカオレゴン州の自殺ほう助に関する調査報告では、死を希求する理由は疼痛ではなく、

他者に依存する苦痛や自律性の喪失であることが明らかになっている。こうした苦しみのなかにあっても意味を見出す援助ができるのも、やはり多様な価値観を尊重する精神科医ならではの技術ではなかろうか。

4. がん患者の意向調査の結果をふまえると、住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるよう在宅医療の充実を図ることが求められている。心と身体の統合治療や地域医療・福祉・介護モデルが、いままさがんで試されている。現在、年間33万人のがん死亡のなかで在宅死は数%を占めるにすぎないが、国民の40%の在宅療養の希望を尊重していくと、2次医療圏単位で進められる緩和ケア連携診療体制の構築には、精神科診療所や病院の医師の参画が期待される。

### おわりに

サイコオンコロジーには、精神医学の粋、精神医療の技術が広く活用され、これからも活用されていくことは明白である。うつ病、適応障害、せん妄の精神医学的介入に始まり、医療心理学、QOL、実存的苦痛、集団療法、医療コミュニケーション、チーム医療、在宅医療、デイケア、遺族ケア、地域医療、福祉・介護連携などである。精神科医が参画するがん医療は、わが国の有する精神風土の豊かさを誇らしく発信していける領域の1つではなかろうか。「がん対策基本法」3年目の今年、わが国の医療全体にわたって大変重要な年になるはずである。いま、わが国の病を抱えた人々への心のケアの真価が、がん医療で問われていると思う。

### 文 献

- 1) 山脇成人, 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. 診療新社, 大阪, 1997.
- 2) Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Health Services (NHS) - National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004.
- 3) 小川朝生, 内富庸介: 精神腫瘍学クイックリファレンス. 医療研修推進財団, 東京, 2009.
- 4) 内富庸介: 緩和医療における精神医学ハンドブック. 星和書店, 東京, 2001.
- 5) 内富庸介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーションスキル. 医学書院, 東京, 2007.
- 6) Chida Y, Hamer M, Wardle J, et al: Nature Clinical Practice. Nat Clin Pract Oncol 8: 466-475, 2008.

原 著

特集 ● 最近のサイコオンコロジー

Original article

## 造血幹細胞移植を受ける血液がん患者に対する 精神症状スクリーニング

清水 研\*<sup>1</sup> 浅井真理子\*<sup>2,3</sup> 中野 智仁\*<sup>1,4</sup> 梅澤 志乃\*<sup>5</sup>  
秋月 伸哉\*<sup>3,6</sup> 内富 庸介\*<sup>3,6</sup>

【要約】 造血幹細胞移植を受ける白血病などの血液腫瘍患者は、大うつ病、適応障害を高頻度に合併し、移植前の精神症状の存在と、悪い治療転機が関連する可能性も示唆される。このため、われわれはこれらの患者に合併する大うつ病、適応障害に対する精神科介入を行うことを目的として、看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラムを導入した。プログラムの実施状況を解析した結果、全入院患者の10.9% (5/46) に対して適応障害の診断にて精神科の介入が行われていた。また、つらさと支障の寒暖計は全入院患者の93.5% (43/46) に実施され、スクリーニング陽性であった患者の69.2% (9/13) に精神科受診が推奨された。そのうち77.8% (7/9) の患者が精神科受診に同意していた。スクリーニングの実施率、精神科受診の推奨率、精神科受診の同意率は、過去の報告に比較しても良好な結果であり、プログラムの有用性と実施可能性が確認された。

### 序 言

造血幹細胞移植を受ける白血病などの血液腫瘍患者は、がん診断や再発といった悪い知らせに加え、移植治療特有のストレスと向き合わなければ

ならない。病棟はクリーンルーム独特の隔離された環境であり、治療が始まると、移植前の大量化学療法の副作用に始まり、急性 graft versus host disease (GVHD) の出現や、細菌、真菌、ウイルス感染など、様々な合併症が高頻度で生じる。また、無事に移植治療を終えて退院した後も、慢性のGVHDなどを原因とした身体機能の低下もまれではなく、心理的には再発、二次発癌に対する不安、恐怖が続く<sup>1)</sup>。このように様々なストレスに曝露される造血幹細胞移植を受ける患者が抑うつ状態に陥ることはまれでなく、移植前の患者を対象として精神科診断面接を行った調査においては、全体の9.0%に大うつ病が、8.7%に適応障害が合併することが明らかになっている<sup>2)</sup>。

造血幹細胞移植を受ける患者においては、移植前の大うつ病、適応障害が、その後の悪い治療転機と関連することが示されており<sup>2,3)</sup>、移植治療を

キーワード：造血幹細胞移植、がん、大うつ病、適応障害、精神症状スクリーニング

\*<sup>1</sup> 国立がんセンター中央病院精神科 (〒104-0045 中央区築地5-1-1)

\*<sup>2</sup> 筑波大学大学院人間総合科学研究科

\*<sup>3</sup> 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

\*<sup>4</sup> 北里研究所病院精神科

\*<sup>5</sup> 国立がんセンター中央病院看護部

\*<sup>6</sup> 国立がんセンター東病院精神腫瘍科

病気になると、時にその病気のことや個人的な問題で気持ちがつらくなることもあるかもしれません。

① この1週間の気持ちのつらさを平均して、寒暖計の中の最もあてはまる数字に○をつけて下さい。0が「つらさはない」で、数字が大きくなるにつれてつらさの程度も強くなり、10は「最高につらい」を表しています。

② その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか？下の寒暖計の中の最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

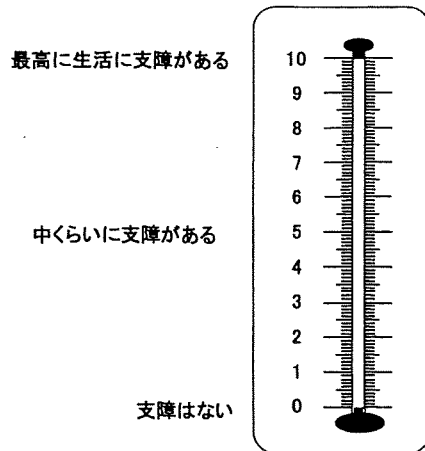
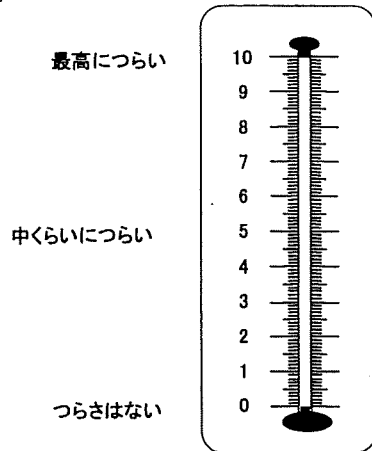


Fig. 1. つらさと支障の寒暖計  
(<http://pod.ncc.go.jp/> の教育資料よりダウンロード可能)

成功させるためにも、精神症状のコントロールが重要であることが示唆される。さらに、これらの精神症状は、自殺<sup>4)</sup>、QOLの全般的低下<sup>5)</sup>、抗がん治療のコンプライアンス低下<sup>6)</sup>、入院期間の長期化<sup>7)</sup>などとも関連することが繰り返し報告されている。しかしながら、がん患者に合併する大うつ病、適応障害に関する臨床的な問題として、主治医、看護師がこれらの精神症状を見逃しやすいことから<sup>8,9)</sup>、適切な介入が行われなことも多い。このため、早期発見、早期治療を目的として、精神症状のスクリーニング法を用いた介入が考慮される。

プライマリーケア領域において、うつ症状に対するスクリーニングの有効性は実証されており<sup>10)</sup>、がん患者に合併する大うつ病、適応障害に対しても、プライマリー領域におけるエビデンスが応用可能なことが先行研究より示唆されている<sup>11-13)</sup>。これらにより、National Comprehensive Cancer Networkなどのガイドラインにおいては、すべてのがん患者に対してスクリーニングを定期的実施し、精神症状の合併が疑われる患者に対しては、精神

科医などの専門家が介入を行うことを推奨している<sup>14)</sup>。

国立がんセンター精神腫瘍学グループにおいては、わが国のがん患者を対象とした精神症状のスクリーニング介入法の開発に努めてきた。スクリーニングツールとして、簡便な2問の質問紙である「つらさと支障の寒暖計」(Fig. 1)を開発した。「つらさと支障の寒暖計」は、がん患者の適応障害、大うつ病のスクリーニングツールとして、気持ちのつらさ4点以上、かつ、気持ちのつらさによる生活への支障3点以上のカットオフポイントを用いた場合に、精神科医のDSM-IVに基づいた臨床診断をゴールドスタンダードとして、感度82%、特異度82%と良好な性能を有することが証明されている<sup>15)</sup>。

その後、臨床介入プログラムとして、精神科医が緩和ケアチームの一員として参画するわが国の特徴を生かし、「看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラム (Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program ; NASPRP)」を実地臨床に導入し

た。このプログラムは、全入院患者を対象にプライマリー看護師が入院オリエンテーション時につらさと支障の寒暖計を精神症状のスクリーニングとして実施し、カットオフを超える場合は精神科受診を推奨するものである。腫瘍内科病棟におけるNASPRPの実施状況は以前報告しており、その実施可能性と有用性は確認されている<sup>16)</sup>。

今回われわれは、精神症状緩和の必要性が高いと考えられるため、造血幹細胞移植を受ける血液腫瘍患者に対してNASPRPを導入した。造血幹細胞移植病棟は、他の病棟とは環境など様々な点が異なるため、本研究において、造血幹細胞移植病棟におけるNASPRPの介入結果をカルテ調査より後方視的に検討し、その実施可能性と有用性を確認することとした。

## 方法および対象

### 1. NASPRP の実際

2003年9月から12月までの4カ月間に、国立がんセンター中央病院の骨髄移植病棟に移植目的で入院した患者を対象にNASPRPを導入した。入院時の病棟オリエンテーション後に、病棟看護師が「つらさと支障の寒暖計」を実施し、精神症状のスクリーニングを行った。先行研究において定められたカットオフポイント<sup>15)</sup>（気持ちのつらさ4点以上、かつ、つらさによる支障が3点以上）を超える場合は、担当医が患者に対して精神科介入を推奨した。患者が同意した場合、臨床心理士がSCIDを用いた半構造化診断面接を行い、大うつ病、適応障害の診断に該当する場合、あるいは本人の希望がある場合は、精神科医師2名、臨床心理士1名、リエゾン精神看護師1名からなる精神科チームによる介入を開始した。

一方、カットオフ値以下の患者においても、スクリーニングによる偽陰性の可能性を考慮し、担当医または病棟看護師が精神科介入を要すると判断した患者に対しては、担当医が精神科介入を推奨した。精神科介入の同意が得られた患者に対しては、臨床心理士による面接と、精神科チームによる介入は同様な手順で行われた。

つらさと支障の寒暖計の実施は入院時のみであ

るが、入院後の経過のなかで、精神的苦痛が増強していると病棟看護師、担当医が判断するケースは、担当医が精神科受診を推奨し、介入を行った。

### 2. 解析

NASPRPの有用性の指標として、NASPRP対象患者のうち、大うつ病、適応障害の診断にて精神科の介入対象となった患者の、全入院患者に対する割合を精神科受診率とし、記述的に評価した。実施可能性の指標として、①スクリーニングの実施率：つらさと支障の寒暖計が実施された患者の全入院患者に対する割合、②精神科受診の推奨率：担当医から精神科受診が推奨された患者の全スクリーニング陽性者に対する割合、③精神科受診の同意率：担当医から精神科受診を推奨された患者のうち受診を同意した患者の割合、の3項目を評価した。

NASPRPはガイドラインですでに実施が推奨されている介入であり、実地臨床として導入を行った。本研究は実地臨床の結果を後方視的にカルテ調査したものであり、研究実施に際しての、患者に対する説明と同意は不要とした。また、患者を特定するデータは使用せず、患者のプライバシーには十分配慮した。

## 結 果

NASPRP介入の詳細をFig. 2に示した。期間中に幹細胞移植病棟に移植目的で入院した患者は46名であり、43名につらさと支障の寒暖計が実施された。つらさと支障が実施された43名の患者背景をTable 1に示す。43名のうち、つらさと支障の寒暖計のカットオフ値を超える点数を示した患者は13名(30.0%)であり、うち9名に精神科受診が推奨された。4名に精神科受診が推奨されなかった理由は、身体症状悪化による精神科介入不可が3名、推奨もれ1名であった。精神科受診が推奨された9名のうち、7名が精神科介入に同意し、臨床心理士による診断面接が実施された。精神科診断は、適応障害(不安)2名、診断なし5名であった。カットオフ値未満の患者は30名(70%)であったが、うち6名に関しては、病棟看護師お

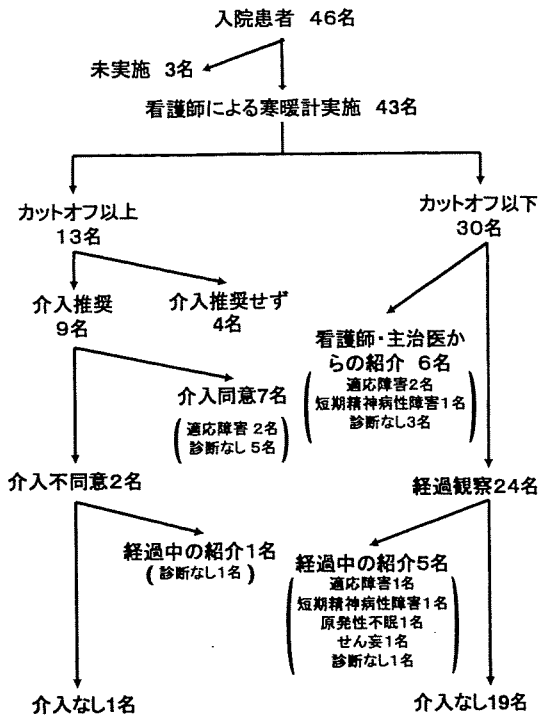


Fig. 2. NASPRP 介入の詳細

よび主治医が精神症状の評価が必要と判断し、臨床心理士による診断面接が実施された。6名の精神科診断は、適応障害(不安)2名、短期精神病性障害1名、診断なし3名であった。入院時には臨床心理士による評価の対象とならなかったが、その後の経過のなかで病棟看護師、および主治医が精神症状の評価が必要と判断した5名のケースに関して、臨床心理士による診断面接が実施された。5名の内訳は短期精神病性障害1名、原発性不眠1名、適応障害(不安)1名、せん妄1名、診断なし1名であった。

この結果、大うつ病、あるいは適応障害の診断にて精神科の介入対象となった患者数は5名であり、有用性の指標である精神科受診率は10.9%(5/46)であった。紹介となった経緯は、2名がスクリーニング陽性による介入、2名がスクリーニング陰性であったが病棟看護師・主治医が必要と判断したもの、1名は入院後の経過のなかでの紹介であった。実施可能性の指標であるスクリーニングの実施率は93.5%(43/46)、精神科受診の推奨

Table 1. 移植前評価を実施した患者の背景 (n = 43)

|           | n (%)       |
|-----------|-------------|
| 年齢(歳)     |             |
| 平均±標準偏差   | 41.9 ± 12.8 |
| 範囲        | 18 ~ 65     |
| 性別        |             |
| 男性        | 25 (58)     |
| 女性        | 18 (42)     |
| 疾患        |             |
| 急性骨髄性白血病  | 11 (26)     |
| 悪性リンパ腫    | 11 (26)     |
| 骨髄異型性症候群  | 5 (12)      |
| 急性リンパ性白血病 | 4 (9)       |
| 成人T細胞白血病  | 4 (9)       |
| 慢性骨髄性白血病  | 1 (2)       |
| 固形がん      | 3 (7)       |
| その他       | 4 (9)       |

率は69.2%(9/13)、精神科受診の同意率は77.8%(7/9)であった。

## 考 察

今回われわれは、「看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラム(Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program; NASPRP)」を幹細胞移植病棟の入院患者を対象に導入した。その結果、全入院患者46名の10.9%に該当する5名に対して、適応障害の診断にて精神科の介入が行われた。以前われわれは一般病棟にNASPRPを導入した結果を報告しており、その際の精神科受診率は11.5%であった<sup>14)</sup>。今回の結果と併せ、実地臨床にNASPRPを導入することによって、全入院患者の10%強に精神科介入の導入が可能になることが示唆される。

実施可能性に関して、スクリーニングの実施率は93.5%(43/46)、精神科受診の推奨率は69.2%(9/13)、精神科受診の同意率は77.8%(7/9)であったが、これらは過去の報告<sup>11, 16, 17)</sup>に比較しても良好な結果であり、幹細胞移植病棟においてもNASPRPの実施可能性が示されている。しかしながら、スクリーニング陽性となった患者のなかで、一部身体状態の悪化や本人の同意が得られないな



どの理由で、精神症状の評価につながらない患者が存在し、これらの患者の精神症状の評価、その後のケアをどのように行うかは今後の課題として残った。

適応障害の診断にて精神科介入の対象となった5名のうち、スクリーニング陽性による紹介は2名であり、3名はそれ以外のプロセスによるものであることを考慮する必要がある。どんなスクリーニングツールにも限界があり、偽陰性となってしまふ患者が一定の割合で存在する。今回の介入においては、スクリーニングにおいて陰性と判定された患者においても、病棟看護師や主治医の判断で精神科紹介となり、介入に至る患者が存在した。スクリーニングによる精神症状抽出の効果は限定的であったが、プログラムの実施により病棟看護師、主治医の精神症状評価に対する注意が増したことや、精神科チームとの密接な連携が可能になったことがあり、スクリーニング以外のプロセスで紹介となった3名に対しても、プログラムによる良い影響があった可能性が推測される。

腫瘍内科病棟における介入においては、全体の49.6%がスクリーニング陽性であったのに比べると<sup>10)</sup>、今回は30%と低い結果であった。今回、対象患者全体に対する診断面接を行っていないために推測の範囲を出ないが、腫瘍内科病棟における介入で対象となった患者は、医学的に根治ができない進行・再発がん患者の割合が高く、それに比較すれば今回の対象となった幹細胞移植病棟の患者のほうが、大うつ病、適応障害の有病率は低かったのかもしれない。一方で、スクリーニング陽性であるが、精神科介入につながらなかった患者に、大うつ病などの精神症状が合併していた可能性は否定できない。

## 結 語

今回われわれは、大うつ病、適応障害などの精神症状のコントロールが重要と考えられる幹細胞移植病棟の入院患者に対して、「看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラム(Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program ; NASPRP)」を導

入した。プログラムの実施状況を検討した結果、有用性と、実施可能性が確認された。

## 文 献

- 1) Copelan EA: Hematopoietic stem-cell transplantation. *N Engl J Med* 354: 1813-1826, 2006
- 2) Prieto JM, Atala J, Blanch J, et al: Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 23: 6063-6071, 2005
- 3) Akaho R, Sasaki T, Mori S-I, et al: Psychological factors and survival after bone marrow transplantation in patients with leukemia. *Psychiatry Clin Neurosci* 57: 91-96, 2003
- 4) Harris EC, Barraclough BM: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-296, 1994
- 5) Grassi L, Indelli M, Marzola M, et al: Depressive symptoms and quality of life in home-care assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 12: 300-307, 1996
- 6) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356: 1326-1327, 2000
- 7) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al: Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 20: 1907-1917, 2002
- 8) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-1600, 1998
- 9) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, et al: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 26: 593-599, 1999
- 10) Pignone P, Gaynes B, Rushton J, et al: Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 136: 765-776, 2002
- 11) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 90: 314-320, 2004
- 12) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Management of major depression in out patients attending a cancer centre: a preliminary evaluation a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. *Br J Cancer* 90: 310-

- 313, 2004
- 13) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al : Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 21 : 1937-1943, 2003
- 14) No authors listed : NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network 13 : 113-147, 1999
- 15) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al : Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29 : 91-99, 2005
- 16) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al : Usefulness of the Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program. *Cancer* 103 : 1949-1956, 2005
- 17) Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al : Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. a pilot study. *Cancer* 82 : 1904-1908, 1998

受理日 : 2008 年 5 月 11 日

#### Abstract

### Psychological Screening for Patients Undergoing Stem Cell Transplantation

Ken Shimizu \*<sup>1</sup>, Mariko Asai \*<sup>2,3</sup>, Tomohito Nakano \*<sup>1,4</sup>,  
Shino Umezawa \*<sup>5</sup>, Nobuya Akizuki \*<sup>3,6</sup>, Yosuke Uchitomi \*<sup>3,6</sup>

\*<sup>1</sup> Department of Psychiatry, National Cancer Center Hospital,  
5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan

\*<sup>2</sup> Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

\*<sup>3</sup> Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East

\*<sup>4</sup> Department of Psychiatry, Kitasato Institute Hospital

\*<sup>5</sup> Nursing Division, National Cancer Center Hospital

\*<sup>6</sup> Department of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital East

Major depressive disorders or adjustment disorders are common for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation, and these disorders in pre-transplants may be a risk factor for survival. Consequently, we introduced a nurse-assisted screening and psychiatric referral program (NASPRP) in a hematopoietic stem cell transplantation ward. We retrospectively reviewed the program, and 10.9% (5/46) of all newly admitted patients were treated by a psychiatric team for their adjustment disorders. Psychological screening using the Distress and Impact Thermometer was implemented for 93.5% (43/46) of admitted patients. Psychiatric referral was recommended for 69.2% (9/13) of all positively screened patients, and 77.8% (7/9) of recommended patients accepted psychiatric referral. These results were comparable with previous reports, and the usefulness and feasibility of NASPRP for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation were shown.

**Key words :** Hematopoietic stem cell transplantation, Neoplasms, Major depressive disorder, Adjustment disorders, Psychological screening

