

201020079A

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

治療の初期段階から身体・精神症状緩和導入を
推進するための研究
平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 清水 研

平成22 (2010) 年 3月

目 次

I. 総括研究報告書	
治療の初期段階から身体・精神症状緩和導入を推進するための研究	3
清水 研	
II. 分担研究報告書	
1. 包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	19
清水 研	
2. 包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	21
内富 庸介	
3. 包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	25
明智 龍男	
4. 包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	29
吉内一浩	
5. 包括的身体症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	33
松本禎久	
6. 包括的身体症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	35
森田達也	
7. 包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究	43
小川朝生	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	49

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

治療の初期段階から身体・精神症状緩和導入を推進するための研究

主任研究者 清水 研 国立がん研究センター中央病院緩和医療科・精神腫瘍科

研究要旨 早期精神症状緩和導入に関しては、我が国のがん患者における抑うつスクリーニングプログラムを開発することを目的とする。国立がん研究センター中央病院、同東病院、東京大学附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院にて適格患者を連続サンプリングし、文書による同意を得た上で、がん診断後かつ治療開始前に、「つらさと支障の寒暖計（DIT）」を施行する。本結果についてブラインド下で独立した面接者が、Composite International Diagnostic Interview (CIDI)に基づきうつ病の診断面接を行い、DITのうつ病スクリーニング能力を検討する。本年度は、研究計画を作成し当該施設の倫理審査委員会で承認を得た。今後実地調査を進める予定である。

また、わが国に適した包括的緩和ケアサービスの介入モデルの構築を図ることが重要と考えられており、簡便な質問票を用いた専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムの開発を目的とした予備的に有用性を検討する。本年度は、包括的な専門的緩和ケア介入プログラムのモデルを検討・構築し、本研究に用いる評価ツールの作成とともに、本研究のプロトコル作成を行った。次年度より本研究による介入を開始する予定である。

分担研究者氏名及び所属施設

研究者氏名 所属施設名及び職名

清水 研 国立がん研究センター中央病院
副科長

小川朝生 国立がん研究センター東病院
臨床開発センター室長

明智龍男 名古屋市立大学大学院
医学研究科 准教授

内富庸介 岡山大学大学院
医歯薬学総合研究科 教授

吉内一浩 東京大学大学院医学系研究科
准教授

森田達也 聖隷三方原病院
部長

松本禎久 国立がん研究センター東病院
医員

A. 研究目的

がん患者は、終末期のみならず、治療の初期段階から疼痛、倦怠感等の身体症状、

抑うつ、不安などの精神症状を有し、著しい苦痛の原因となるのみならず、全般的な療養の質を低下させる。最悪の場合は精神的苦痛から自殺企図に至ることもあるが、自殺企図に関しては、進行終末期よりもがん告知直後に頻度が高いことに、特に留意を要する。対策として適切に身体・精神症状緩和を導入することが必要であり、がん対策推進基本計画の目標として掲げられているが、実施は不十分であることが各実態調査から繰り返し報告されている。特にがん治療が入院から外来に移行する中で、現体制のままでは緩和ケアの導入はより困難になることが予測され、身体・精神症状を見逃さず適切にスクリーニングしたうえで、必要に応じて専門的緩和ケアを導入する、包括的プログラムが必要であるが、まだモデルは確立されていない。本研究班では、身体・精神症状それぞれをターゲットとした、外来患者を対象とする、わが国のがん診療拠点病院の事情に即した包括的プログラムの開発を行い、将来の臨床応用につながる成果を得ることを目的とする。

身体症状緩和に関して、我々は、身体症状の評価ツールであるMD Anderson Symptom Inventory日本語版を作成し、信頼性と妥当性の検討を終えている。本研究においては、本質問紙を身体症状スクリーニングとして用いた、早期専門的身体症状緩和導入に資する、包括的スクリーニング介入プログラムのモデルを構成し、同プログラムの実施可能性と予備的な有用性の検討を行う。精神症状緩和に関して、がん患者においては、抑うつなどの精神症状の頻度が高いこと、自殺の危険度が高いことが示唆されている。一方、がん患者の抑うつはがん医療の現場で看過されることが多く、そのために適切な治療やケアが提供されていないことが繰り返し報告されている。

本研究では、我が国のがん患者における簡便な抑うつスクリーニングプログラムを開発することを目的とし、多施設、大規模のサンプリングを行って、スクリーニングツールとしてのつらさと支障の寒暖計の妥当性の検証を行うことを目的とした。

B. 研究方法

治療の初期段階から身体、精神のそれぞれの症状緩和導入を推進するために、次のような研究を計画した。

1) つらさと支障の寒暖計の妥当性の検証

国立がん研究センター中央病院、同東病院、東京大学附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院にて適格患者を連続サンプリングし、文書による同意を得た上で、がん診断後かつ治療開始前に、「つらさと支障の寒暖計 (DIT)」を施行する。本結果についてブラインド下で独立した面接者が、Composite International Diagnostic Interview (CIDI) に基づきうつ病の診断面接を行い、DIT のうつ病スクリーニング能力を検討する。

2) 早期身体症状緩和導入のための介入モデル開発

非小細胞肺癌IV期と診断され、入院のうえ初回抗がん剤治療を行う患者を対象とする。対象者が自己記入式評価指標 (EORTC QLQ-C30, MDASI-J, HADS) および簡便な質問票を記載し、簡便な質問票における身体尺度、精神尺度、社会的・経済的問題の尺度が基準値以上の場合に、専門的

な緩和ケアサービスの介入を行う。緩和ケアチームの看護師が一定のチェックリストに基づいて評価を行い、その評価にしたがって、緩和ケアチームの看護師、緩和医療科医師、精神腫瘍科医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士のうち、必要と考えられる職種が関わる包括的な介入を開始する。化学療法 2 コース目の終了までの介入とする。化学療法 2 コース目前と介入終了時に EORTC QLQ-C30, MDASI-J, HADS の記載を行う。

3) 外来化学療法患者における身体症状緩和ニードに関するスクリーニング法の開発

地域がん診療連携拠点病院の一施設において、外来化学療法を施行される患者を連続的に対象とした。通常診療の一環として受診ごとに自筆式の質問票を配布し記入を求めた。質問紙は、1) 身体症状緩和ニードに関する 5 段階評価 (0:「症状なし」、1:「現在の治療に満足している」、2:「それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい」、3:「我慢できないことがしばしばあり対応してほしい」、4:「我慢できない症状がずっと続いている」) 2) 7つの身体症状 (最も強い痛み、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲不振、嘔気) の強さの 11 段階評価 (0:症状なし、10:これ以上考えられないくらい強い) を含んだ質問紙を用いた。各身体症状は 4-6 を中等度、7-10 を重度とした。いずれかの身体症状の強さが中程度以上、または、重度以上を基準とし、「身体症状緩和ニードのスクリーニング質問」の感度・特異度を求めた。

(倫理面への配慮)

研究の施行にあたり、国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得る。

C. 研究結果

1) つらさと支障の寒暖計の妥当性の検証

当施設での実施可能なプロトコルを確定し、施設倫理審査に諮った。

2) 早期身体症状緩和導入のための介入モデル開発

当施設での実施可能なプロトコルを確定し、施設倫理審査に諮った。

3) 外来化学療法患者における身体症状緩和ニードに関するスクリーニング法の開発

研究実施期間中に 464 例の新規外来化学療法開始があり、そのうち 455 例 (98%) の患者から質問票が回収された。のべ 2854 件の質問票が回収された。

身体症状緩和ニードは、16.6%が 2 (それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい)、5.6%が 3 (我慢できないことがしばしばあり対応してほしい)、0.8%が 4 (我慢できない症状がずっとつづいている) であった。

いずれかの身体症状の強さが中等度もしくは重度であることに対して、身体症状緩和ニードの強さの異なる cut-off 値で感度および特異度を検討した。Cut-off を 3 以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、それぞれ、0.21、1.00、重度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.43・0.98 であった。一方、cut-off を 2 以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.53、0.90 であった。重度以上の症状の有無に対する感度は、0.68、0.82 であった。

D. 考察

1) つらさと支障の寒暖計の妥当性の検証

特になし

2) 早期身体症状緩和導入のための介入モデル開発

特になし

3) 外来化学療法患者における身体症状緩和ニードに関するスクリーニング法の開発

今回の調査では、身体症状緩和ニードの cut-off を 2 (それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい) 以上とした場合、重度以上の症状強度の有無に対する感度は 0.68、特異度は 0.82 であった。これまでの先行研究の結果より、症状の強さ、治療のニード、治療に対する満足度はそれぞれ異なる概念であり、症状の強さと治療への満足度が必ずしも一致しないことが報告されており、この結果はそれらの報告と合致している。すなわち、身体症状緩和のニード

がある患者ではいずれかの身体症状が重度である一方で、症状の強さが重度であっても身体症状緩和を希望しない患者が少なくないことが今回の研究でも示された。これは、1) 治療薬による副作用や薬物依存に対する誤解に起因する恐れや「訴えの少ない方が良い患者」という考えが症状緩和へのバリアとなること、2) 同じ強さでも症状が一過性であるため症状緩和の希望が強くない場合もあることが考えられる。このような症状の強さは強いが、症状への対応のニードは高くない例は注意深くフォローアップをしていく必要があるため、症状の強さだけではなく、症状緩和のニードに関する質問を用いることで、より臨床的に重要な情報が得られると考えられる。

2) 療養の質と脳機能との関連性の検討

E. 結論

1) つらさと支障の寒暖計の妥当性の検証

次年度より本研究による介入を開始する予定である。

2) 早期身体症状緩和導入のための介入モデル開発

次年度より本研究による介入を開始する予定である。

3) 外来化学療法患者における身体症状緩和ニードに関するスクリーニング法の開発

外来化学療法患者において、身体症状緩和に関する一項目のスクリーニング質問は有用である。

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 (英語論文)

G. 研究発表

論文発表

1. Asai M, Shimizu K, Ogawa A,

et al. Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center

- Hospitals in Japan. Palliat Support Care. 3:291-5, 2010
2. Ogawa A, Shimizu K, et al. Involvement of a Psychiatric Consultation Service in a Palliative Care Team at the Japanese Cancer Center Hospital. Jpn J Clin Oncol. 40 : 1139-46, 2010
 3. Matsumoto Y, Shimizu K, et al. Suicide associated with corticosteroid use during chemotherapy: case report. Jpn J Clin Oncol. 40:174-6, 2010
 4. Shimizu K, Ogawa A, et al. Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. Psychooncology. 19:718-25, 2010
 5. Akechi T, Uchitomi Y, et al : Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. Psychooncology 19:384-389, 2010
 6. Asai M, Uchitomi Y, et al : Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. Psychooncology 19:38-45, 2010
 7. Ishida M, Uchitomi Y, et al : Psychiatric Disorders in Patients Who Lost Family Members to Cancer and Asked for Medical Help : Descriptive Analysis of Outpatient Services for Bereaved Families at Japanese Cancer Center Hospital. Jpn J Clin Oncol, 2010
 8. Ishida M, Uchitomi Y, et al : Bereavement dream? Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression. Palliat Support Care 8:95-98, 2010
 9. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al : Kana Pick-out Test and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Palliat Support Care 1-8, 2010
 10. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. Am J Epidemiol 172:377-385, 2010
 11. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Increased risk of severe depression in male partners of women with breast cancer. Cancer 116:5527-5534, 2010
 12. Akechi T, et al: Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: Prevalence, associated factors, and impact on quality of life. Cancer Sci, 101:2596-600, 2010
 13. Akechi T, et al: Delirium training program for nurses. Psychosomatics 51:106-11, 2010
 14. Uchida M, Akechi T, et al: Patients' Supportive Care Needs and Psychological Distress in Advanced Breast Cancer Patients in Japan. Jpn J Clin Oncol 2010 Dec 23
 15. Katsumata R, Akechi T, et al: A case with Hodgkin lymphoma and fronto-temporal lobular degeneration (FTLD)-like dementia facilitated by chemotherapy. Jpn J Clin Oncol 40:365-8, 2010
 16. Azuma H, Akechi T, et al: Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia with depression treated by bilateral electroconvulsive therapy. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 22:352d e6-352 e6, 2010
 17. 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 39:993-1002, 2010
 18. Akechi T, et al.: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Psychooncology, 2010 May 11. in press
 19. Furukawa TA, Akechi T, et al: Relative indices of treatment effect

- may be constant across different definitions of response in schizophrenia trials. *Schizophr Res* 2010 Nov 7. in press
20. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Development of a Japanese Benefit Finding Scale (JBFS) for Patients With Cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 2010 Sep 8. in press
 21. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer*, 2010 May 16. in press
 22. Kinoshita Y, Akechi T, et al: Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*, in press
 23. Shinjo T, Morita T, et al: Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. *J Palliat Med* 13:27-31, 2010.
 24. Shinjo T, Morita T, et al: Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 28:142-148, 2010.
 25. Okamoto T, Morita T, et al: Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Med* 27:50-54, 2010.
 26. Ando M, Morita T, et al: Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 19:309-314, 2010.
 27. Nakazawa Y, Morita T, et al: The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med* 13:427-437, 2010.
 28. Hyodo I, Morita T, et al: Development of a predicting tool for survival of terminally ill cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 40:442-448, 2010.
 29. Ise Y, Morita T, et al: Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan. *J Palliat Med* 13:733-737, 2010.
 30. Ando M, Morita T, 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* 19:750-755, 2010.
 31. Yamada R, Morita T, et al: Patient-reported usefulness of peripherally inserted central venous catheters in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 40:60-66, 2010.
 32. Akazawa T, Akechi T, Morita T, et al: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 40:224-234, 2010.
 33. Hisanaga T, Morita T, et al: Multicenter prospective study on efficacy and safety of octreotide for inoperable malignant bowel obstruction. *Jpn J Clin Oncol* 40:739-745, 2010.
 34. Igarashi A, Morita T, et al: Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. *Support Care Cancer* 18:1107-1113, 2010.
 35. Ando M, Morita T, et al: Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *J Pain Symptom Manage* 40:453-459, 2010.

36. Ando M, Morita T, Akechi T: Factors in the short-term life review that affect spiritual well-being in terminally ill cancer patients. J Hosp Palliat Nurs 12:305-311, 2010.
37. Choi J, Morita T, 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 loved one. Support Care Cancer 18:1445-1453, 2010.
38. Yamagishi A, Morita T, et al: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage 40:671-683, 2010.
39. Yoshida S, Morita T, et al: Experience of families of Japanese patients with cancer for prognostic disclosure. J Pain Symptom Manage. 2010 Dec 9. [Epub ahead of print]
40. 清水 研. がん患者の精神症状とそのスクリーニング. 臨床精神薬理 13: 1287-1294, 2010
41. 清水 研. サバイバーとサバイバーシップ. 腫瘍内科. 5: 95-99, 2010
42. 高橋真由美, 小川朝生, 内富庸介, 他: 【うつを診る】各領域におけるうつ病診療とその対策の実際 緩和ケア領域におけるうつ病. 総合臨床 59: 1224-1230, 2010
43. 大谷恭平, 小川朝生, 内富庸介, 他: サバイバーにおける認知機能障害. 腫瘍内科 5: 202-210, 2010
44. 内富庸介: 精神腫瘍学概論. 岡山医学会雑誌 122: 119-124, 2010
45. 内富庸介, 他: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 日本整形外科学会雑誌 84: 331-337, 2010
46. 白井由紀, 小川朝生, 内富庸介, 他: がん治療中の患者の精神症状. エビデンスにもとづいたOncologyNursing 総集編: 163-167, 2010
47. 内富庸介, 他: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 日本整形外科学会雑誌 84: 331-337, 2010
48. 明智龍男, 内富庸介: がん患者の抑うつ症状緩和-最近の話題, 別冊・医学のあゆみ 最新-うつ病のすべて, 樋口輝彦 (編), 医師薬出版株式会社, 160-164, 2010
49. 明智龍男: せん妄なのか、アカシジアなのか分からない時の対応, 緩和ケアのちょっとしたコツ, 森田達也, 新城拓也, 林あかり (編), 青海社, 238-240, 2010
50. 明智龍男: 希死念慮・自殺, 専門医のための精神科臨床リュミエール24 サイコオンコロジー, 大西秀樹 (編), 中山書店, 69-74, 2010
51. 明智龍男: 精神症状の基本, これだけは知っておきたいがん医療における心のケア, 小川朝生., 内富庸介. (編), 創造出版, 53-60, 2010
52. 松本禎久, 他: サバイバーの身体的な問題. 腫瘍内科 5: 112-115, 2010
53. 松本禎久: オピオイドローテーション. Mebio 27:89-97, 2010
54. 渡辺啓太郎, 松本禎久, 他: 症状緩和目的でMohs pasteを使用し, QOLが改善した食道癌皮膚転移の1例. 臨床外科 65: 1169-1172, 2010
55. 荻野和功, 森田達也: がん医療はどう変わったのか「がん対策基本法」施行から2年半. 浜松地域のリーダーとして現場のニーズを常に念頭に入れがんになっても安心な環境づくりに取り組む. medi.magazine 冬号 通巻 04号:20-24, 2010.
56. 井村千鶴, 森田達也, 他: 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査. 緩和ケア 20:92-98, 2010.
57. 森田達也: シリーズ「がん」緩和ケア、普通の暮らしを願って. 朝日新聞社 <http://www.asahi.com/health/essay/TKY201001280383.html>, 2010.
58. 森田達也, 他: 特集 進歩するがん診療 鼎談②緩和ケアの最前線. 日本医事新報 4475:45-55, 2010.

59. 森田達也, 他: 末期がんだけではなく「緩和ケア」は、ここまで進化した. ナーシングカレッジ 14:44-50, 2010.
60. 森田達也: 13. 輸液・栄養補給 Q66 終末期の輸液の考え方を教えてください. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版 (編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第32号:146-147, 2010.
61. 森田達也: 18. 鎮静 (セデーション) Q83 鎮静とは何ですか?. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版 (編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第32号:182-183, 2010.
62. 森田達也: 18. 鎮静 (セデーション) Q85 鎮静に使われる薬剤の使い方を教えてください. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版 (編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第32号:186-187, 2010.
63. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: 難治性小児がん患者の家族が経験する困難の探索. 小児がん 47:91-97, 2010.
64. 森田達也: 緩和医療 緩和ケアチームと緩和ケア病棟. 臨床麻酔 34 臨時増刊号:431-443, 2010.
65. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性. 緩和ケア 20:204-209, 2010.
66. 社団法人日本医師会 (監), 森田達也 (編), 他: がん緩和ケアガイドブック. 青海社. 東京. 2010. 4.
67. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性 ②. 緩和ケア 20:308-312, 2010.
68. 井村千鶴, 森田達也, 他: 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. 癌と化学療法 37:863-870, 2010.
69. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 (編集): がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010年版. 金原出版株式会社. 東京. 2010. 6.
70. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 (編集): 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版. 金原出版株式会社. 東京. 2010. 6.
71. 森田達也: 末期肺癌の緩和ケア (Q&A). 日本医事新報 4497号:79-80, 2010.
72. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第1回 論文を書く、その前に—原著論文の査読システムを知る— . 緩和ケア 20:379-383, 2010.
73. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性③. 緩和ケア 20:417-422, 2010.
74. 森田達也: がん性疼痛治療 がん性疼痛ガイドラインの作成. Mebio 27:24-28, 2010.
75. 森田達也: IV. 緩和医療 1. 緩和医療概論. (編集) 大西秀樹 中山書店. 専門医のための精神科臨床リュミエール24 サイコオンコロジー:150-163, 2010.
76. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第2回 「はじめに」を書く. 緩和ケア 20:513-516, 2010.
77. 森田達也: 在宅の視点をもった緩和ケアチーム. 地域緩和ケアリンク 10月号: 2, 2010.
78. 小田切拓也, 森田達也: そこが知りたい! 緩和ケアにおける服薬指導 第I部緩和ケアにおいて服薬指導に何が求められるか. 緩和ケア 20 巻10月増刊号: 2-5, 2010.
79. 森田達也, 内富庸介, 他: がん患者が望む「スピリチュアルケア」89名のインタビュー調査. 精神医学 52: 1057-1072, 2010.
80. 伊藤富士江, 森田達也, 他: がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査. 緩和ケア 20:641-647, 2010.
81. 余宮きのみ, 森田達也: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版を読み解く オピオイド鎮痛薬を中心に. ペインクリニック 31:1477-1483, 2010.
82. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第3回「対象・

- 方法」を書く。緩和ケア 20:605-610, 2010.
83. 新城拓也, 森田達也, 他: 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが, 家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. Palliat Car Res 5:162-170, 2010.
 84. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. Palliat Car Res 5:171-174, 2010.
 85. 小川朝生: 精神科医への期待 いま進められている事業から. 精神神経学雑誌 112: 1010-1017, 2010
 86. 小川朝生: 在宅ケア各論 第5回. 温第5号: 13-15, 2010
 87. 小川朝生: 【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】医療者間のコミュニケーション. がん看護 15: 50-52, 2010
 88. 白井由紀, 小川朝生 :がんチーム医療におけるコミュニケーション・スキル. Oncology Nursing 1: 22-25, 2010

学会発表

1. Uchida M, Akechi T, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
2. Nakaguchi T, Akechi T, et al. Usefulness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychological nausea, vomiting and learned food aversion experienced by cancer patients receiving repeated chemotherapy: a case series. Book Usefulness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychological nausea, vomiting and learned food aversion experienced by cancer patients receiving repeated chemotherapy: a case series, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
3. Akechi T, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Book Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
4. Okuyama T, Akechi T, et al. Nurses in outpatient chemotherapy center may have difficulty in assessing their patients' symptoms and supportive care needs. Nurses in outpatient chemotherapy center may have difficulty in assessing their patients' symptoms and supportive care needs, 12th World Congress of Psycho-Oncology, 2010 May
5. Akechi T, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Book Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan, 12th World Congress of Psycho-Oncology, 2010 May
6. Hachizuka M, Yoshiuchi K, et al. Development of a personal digital assistant (PDA) system to collect symptom information in home hospice patients. Journal of Palliative Medicine 13:647-651, 2010.
7. Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Distress management and communication skills training for oncologists in Japan. Symposium "Psychological distress and bad news communication in East Asia". (Workshop 11) 9th International Congress of Asian Clinical Oncology Society. 2010. 8. 27
8. 内富庸介 : サイコオンコロジー—その歴史と展望—. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 特別講演. 2010. 6, 東京

9. 内富庸介：乳がん治療における心のケア：特にコミュニケーションの重要性. 第18回日本乳癌学会学術総会. パネルディスカッション. 2010. 6, 北海道
10. 内富庸介：難治がんを伝える：サイコオンコロジーの臨床応用. 第24回中国四国脳腫瘍研究会. 特別講演. 2010. 9, 岡山
11. 明智龍男：夏季セミナー サイコオンコロジー：がん医療における心の医学, 第12回日本放射線腫瘍学会, 2010年8月
12. 明智龍男：教育セミナー サイコオンコロジー：がん医療における心の医学, 第16回日本臨床腫瘍学会教育セミナーAセッション, 2010年8月
13. 明智龍男：がん患者とのコミュニケーション：基礎から応用まで, 第9回日本緩和医療学会教育セミナー, 2010年6月
14. 中口智博, 明智龍男, 他：化学療法に起因した予期性悪心嘔吐、食物嫌悪に奏功した短期心理療法-EMDR, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
15. 安藤満代, 明智龍男, 森田達也, 他：終末期患者のスピリチュアルケアとしての短期回想法の内容分析, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
16. 安藤満代, 明智龍男, 森田達也, 他：病気の体験に意味を見出すJAPAN Benefit Finding Scale開発の試み, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
17. 明智龍男：シンポジウム「がん医療において精神科医に期待されるもの」緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス, 第106回日本精神神経学会総会, 2010年5月
18. 明智龍男：教育講演 がん患者の心の持ち方を支えるコツ, 第24回日本がん看護学会, 2010年2月
19. 吉内一浩. サイコオンコロジーをめぐる政策および専門医制度の現状. 日本心療内科学会誌 14:214-218, 2010
20. 3. 吉内一浩. サイコオンコロジー. 癌と化学療法 37:1860-1863, 2010
21. 4. 吉内一浩. 緩和ケアにおけるうつ病. Mebio 27:94-100, 2010
22. 吉内一浩. 富田裕一郎、瀧本禎之、赤林朗. リエゾンという枠組みによる医療スタッフの心のケア. (ワークショップ1「医療スタッフと家族の心のケア」) 第15回日本心療内科学会学術大会. 2010. 11. 19
23. 2. 吉内一浩. がん医療におけるチーム医療への心療内科医の参加. (合同シンポジウム「サイコオンコロジーの世界によるこそ」) 第23回日本サイコオンコロジー学会総会. 2010. 9. 24
24. 吉内一浩. がん医療における心身医学的アプローチ. (シンポジウム4「チーム医療における心身医学的アプローチ」) 第51回日本心身医学会総会. 2010. 5. 27
25. 松本禎久, 鳥越桂, 他：当院におけるがん疼痛に対する硬膜外麻酔用のカテーテルを用いた硬膜外鎮痛法の後方視的検討. 第15回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2010. 6, 東京
26. 松本禎久：【こころを支える】 実現困難と考えられる「歩行」が可能となることを望んだ一例. 第15回日本緩和医療学会総会. シンポジウム. 2010. 6, 東京
27. 阿部恵子, 松本禎久, 他：当院緩和ケア病棟から在宅退院した患者の最期の場所について. 第15回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2010. 6, 東京
28. 鳥越桂, 松本禎久, 他：急性期型緩和医療における緊急入院患者の特性の検討. 第15回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2010. 6, 東京
29. 渡辺啓太郎, 松本禎久, 他：症状緩和目的でMohs pasteを使用し、QOLが改善した食道癌皮膚転移の1例. 第15回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2010. 6, 東京
30. 市田泰彦, 松本禎久, 他：オキシコドン徐放錠から複方オキシコドン注射液への切り換え症例に関する調査. 第4回日本緩和医療薬学会総会. 一般演題. 2010. 9, 鹿児島
31. 森田達也：教育講演 2 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 第8回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2010. 3, 東京

32. 森田達也：シンポジウム 1-1 がん疼痛治療を見直してみる—新しい「がん疼痛ガイドライン」をめぐる—。「疼痛ガイドライン」を読むために必要な臨床疫学の知識。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
33. 森田達也：シンポジウム 2-3 遺族による緩和ケアの質の評価—J-HOPE 研究から見えてくるもの—。遺族研究から見た「望ましいケア」：家族の声をしっかりと聞く。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
34. 森田達也：パネルディスカッション 5-1 実証研究から見るスピリチュアルケアの方向性。患者自身が望む「スピリチュアルケア」：89 名のインタビュー調査から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
35. 森田達也：臨床研究ワークショップ 1-1 臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本。臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
36. 森田達也：ランチョンセミナー1 「がん疼痛ガイドライン」を臨床で役立てる：実践。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
37. 三條真紀子, 森田達也, 他：「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化：一般集団・遺族 1975 名を対象とした全国調査の結果から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
38. 大谷弘行, 森田達也, 他：「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入研究：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
39. 山岸暁美, 森田達也, 他：外来進行がん患者の疼痛と Quality of Life に関する多施設調査：OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
40. 宮下光令, 森田達也, 他：地域の病院（一般病棟、緩和ケア病棟）、診療所のがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価：OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
41. 宮下光令, 森田達也, 他：がん医療に対する安心感尺度の作成と関連要因：OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
42. 鈴木留美, 森田達也, 他：外来で実施可能な緩和ケアのニーズを把握する問診票：「生活のしやすさの質問票」第 3 版を使用した 2000 件の実践：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
43. 福本和彦, 森田達也, 他：麻薬導入タイトレーションパス作成の効果：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
44. 赤澤輝和, 森田達也, 他：病院内のどこにどんな緩和ケアの冊子をおいたらいいのか？：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
45. 前堀直美, 森田達也, 他：保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
46. 末田千恵, 森田達也, 他：がん患者の遺族は、どのくらい介護負担感を感じているのか？：OPTIM-study による多施設調査。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
47. 山田博英, 森田達也, 他：地域のがん患者・遺族調査の自由記述の内容分析に基づく病院医師向け緩和ケアリーフレット作成：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
48. 野末よし子, 森田達也, 他：地域における介護保険の迅速化介入のフォローアップ調査：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6. 18～19 東京
49. 平井啓, 森田達也, 他：がん患者と遺族の緩和ケアに対する認識と準備性 OPTIM study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
50. 笹原朋代, 森田達也, 他：標準化した緩和ケアチームの活動記録フォーマットの実施可能性に関する多施設共同研究～パイロットスタディの結果～。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京

51. 小田切拓也, 森田達也, 他: 原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の原因と転帰. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
52. 白土明美, 森田達也, 他: 「希望をもちながらも、同時にこころ残りのないように準備しておく」ために医師や看護師は何ができるのか: J-HOPE study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
53. 清水陽一, 森田達也, 他: 遺族からみた死前喘鳴に対する望ましいケア: J-HOPE STUDY. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
54. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態に関する多施設診療記録調査: J-HOPE study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
55. 三條真紀子, 森田達也, 他: 家族の視点から見た望ましい緩和ケアシステム: J-HOPE Study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
56. 三條真紀子, 森田達也, 他: 終末期のがん患者を介護した遺族の介護経験の評価及び健康関連 QOL: 7994 名の全国調査 J-HOPE Study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
57. 和田信, 森田達也, 他: EORTC-QLQ-C15PAL 日本語版の信頼性と妥当性の検討. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
58. 宮下光令, 森田達也, 他: がん患者に対する緩和ケアの構造・プロセスを評価する尺度 (患者版 Care Evaluation Scale) の信頼性と妥当性の検討. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
59. 宮下光令, 森田達也, 他: がん患者に対する包括的 QOL を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
60. 宮下光令, 森田達也, 内富庸介, 他: 「緩和ケアの質の臨床指標 (Quality Indicator)」は遺族から見て妥当なのか? 緩和ケア病棟の遺族に対する質問紙調査から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
61. 宮下光令, 森田達也, 他: 日本の医師 97,961 人に対する緩和ケアに関する知識の実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
62. 五十嵐歩, 森田達也, 他: 終末期がん患者における死亡場所と死亡前の療養場所の特徴: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
63. 秋山美紀, 森田達也, 他: 地域で療養生活を送ることに関する患者、家族の安心感とその要因: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
64. 伊藤富士江, 森田達也, 他: 理論サンプリングに基づく診療所訪問による在宅緩和医療の課題と解決策の抽出: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
65. 青木茂, 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムによる在宅死亡数の変化と、同一地域における在宅・ホスピス・病院死亡患者の遺族の評価の差: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
66. 古村和恵, 森田達也, 他: 進行がん患者および遺族は在宅療養について「急な変化や夜間に対応できない」「病院と同じように苦痛を和らげられる」と思っているか?: OPTIM study による多施設調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
67. 宮下光令, 森田達也, 他: 在宅ホスピスケアを受けたがん患者の遺族の在宅療養開始時の意思決定過程: J-HOPE study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
68. 佐々木一義, 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムによる専門緩和ケアサービスの利用状況の変化: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
69. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進するための地域多職種カンファレンスの有用性: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京

70. 細田修, 森田達也, 他: 診療所における地域緩和ケアカンファレンスの有用性の質的分析: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
71. 古村和恵, 森田達也, 他: 「わたしのカルテ」の運用課題と有用性に関する多地域・多施設インタビュー調査: OPTIM study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
72. 山岸暁美, 森田達也, 他: 地域で緩和ケアを普及させるために取り組むべき課題は何か?: OPTIM study - 介入 4 地域の医療福祉従事者によるフォーカスグループからの課題抽出と意見交換会の評価-. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
73. 坂井さゆり, 森田達也, 他: スピリチュアルケアにおけるケア提供者の基本的態度・考え方の構造—緩和ケア熟練専門職の語りから—. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
74. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: 患者に対する予後告知が家族に及ぼす影響の探索—遺族への面接調査の結果から—. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
75. 三條真紀子, 森田達也, 他: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の構成要素: 家族と遺族を対象とした面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
76. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院検討時の家族のつらさと望ましい支援に関する質的研究: 遺族への面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
77. 牟田理恵子, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族は追悼会や死別後の手紙をどうとらえているか?: 44 名のインタビュー調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
78. 福田かおり, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた遺族の体験に関する質的研究: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
79. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域の医療機関に勤務する医師の緩和ケアに関する知識・実践・困難感は? がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』介入前調査から: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
80. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 地域に一斉配布した緩和ケアの啓発マテリアルはどうなっているのか? OPTIM 浜松からの全数実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
81. 武林亨, 森田達也, 他: 緩和ケア・医療用麻薬に関する患者、家族の知識とケアの質評価尺度および緩和ケアの準備状態との関連: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
82. 宮下光令, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する緩和ケアにおける診療の質の管理評価指標群 (Quality Indicator) の作成と測定. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
83. 中澤葉宇子, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院緩和ケアチームのコンサルテーション活動に関する実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
84. 川口知香, 森田達也, 他: 緩和ケアチーム看護師の専従化が緩和ケアチームの活動に及ぼす効果: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
85. 堀江良樹, 森田達也, 他: Second opioid の有効性に関するケースシリーズ. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
86. 鄭陽, 森田達也, 他: 難治性の肛門症状に対する不對神経節ブロックの有効性. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
87. 和田信, 森田達也, 他: 新規抗がん薬第一相臨床試験に関する患者心理の研究. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
88. 森田達也: 教育講演 3 終末期せん妄を有する患者家族のケア. 第 23 回日

- 本サイコオンコロジー学会・第10回日本認知療法学会. 2010.9, 愛知
89. 前堀直美, 森田達也, 他: 保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価: OPTIM 浜松. 第4回緩和医療薬学会年会. 2010.9, 鹿児島
90. 森田達也: 学術セミナー23 緩和治療の最新のエビデンスと実践—がん疼痛ガイドラインを中心に— 第48回日本癌治療学会学術集会. 2010.10, 京都
91. 小川朝生: 精神科医への期待 いま進められている事業から, 第106回日本精神神経学会学術総会, 広島県広島市, 2010, シンポジウム21
92. 鈴木真也, 小川朝生, 内富庸介, 他: せん妄をきたしたがん患者における非定型抗精神病薬の高血糖, 第48回日本癌治療学会学術集会, 京都府京都市, 2010, 一般演題(ポスター)
93. 小川朝生: がん患者におけるコンサルテーションの実際, 第23回日本総合病院精神医学会総会, 東京都千代田区, 2010, GHP精神腫瘍学研修会
94. 小川朝生: 心理士のアセスメント・介入, 第23回日本サイコオンコロジー学会研修セミナー, 愛知県名古屋市, 2010,
95. 小川朝生: 患者の意向に沿った治療を考える(意思決定能力), 第23回日本サイコオンコロジー学会, 愛知県名古屋市, 2010, JPOS シンポジウム6
96. 小川朝生: 緩和ケアチーム・フォーラム よりよい活動のために—成熟期への道しるべ—, 第15回日本緩和医療学会学術大会, 東京都千代田区, 2010, 職種別フォーラム4 座長

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

「包括的精神症状スクリーニング介入プログラム」の開発に関する研究

研究分担者 清水研

国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科

研究要旨 がん患者において、抑うつなどの精神症状の頻度が高いこと、自殺の危険度が高いことなどが示唆されている。本研究では、我が国のがん患者における抑うつスクリーニングプログラムを開発することを目的とする。新規に病理学的にがんと診断され、当院に通院中の患者を対象とし、適格患者を連続サンプリングし、文書による同意を得た上で、がん診断後かつ治療開始前に、「つらさと支障の寒暖計（DIT）」を施行する。本結果についてブラインド下で、独立した面接者が、Composite International Diagnostic Interview (CIDI) に基づきうつ病の診断面接を行い、DIT のうつ病スクリーニング能力を検討する。本年度は、研究計画を作成し当該施設の倫理審査委員会で承認を得た。今後実地調査を進める予定である。

A. 研究目的

がん患者は、終末期のみならず、治療の初期段階から疼痛、倦怠感等の身体症状、抑うつ、不安などの精神症状を有し、著しい苦痛の原因となるのみならず、全般的な療養の質を低下させる。最悪の場合は精神的苦痛から自殺企図に至ることもあるが、自殺企図に関しては、進行終末期よりもがん告知直後に頻度が高いことに、特に留意を要する。対策として適切に身体・精神症状緩和を導入することが必要であり、がん対策推進基本計画の目標として掲げられているが、実施は不十分であることが各実態調査から繰り返し報告されている。特にがん治療が入院から外来に移行する中で、現体制のままでは緩和ケアの導入はより困難になることが予測され、身体・精神症状を見逃さず適切にスクリーニングしたうえで、必要に応じて専門的緩和ケアを導入する、包括的プログラムが必要であるが、まだモデルは確立されていない。本研究班では、身体・精神症状それぞれをターゲットとした、外来患者を対象とする、わが国のがん診療拠点病院の事情に即した包括的プログラムの開発を行い、将来の臨床応用に

つながる成果を得ることを目的とする。

がん患者においては、抑うつなどの精神症状の頻度が高いこと、自殺の危険度が高いことが示唆されている。一方、がん患者の抑うつはがん医療の現場で看過されることが多く、そのために適切な治療やケアが提供されていないことが繰り返し報告されている。

本研究では、我が国のがん患者における簡便な抑うつスクリーニングプログラムを開発することを目的とし、多施設、大規模のサンプリングを行って、スクリーニングツールとしてのつらさと支障の寒暖計の妥当性の検証を行うことを目的とした。

B. 研究方法

国立がん研究センター中央病院、同東病院、東京大学附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院にて適格患者を連続サンプリングし、文書による同意を得た上で、がん診断後かつ治療開始前に、「つらさと支障の寒暖計（DIT）」を施行する。本結果についてブラインド下で独立した面接者が、

Composite International Diagnostic Interview(CIDI)に基づきうつ病の診断面接を行い、DIT のうつ病スクリーニング能力を検討する。

(倫理面への配慮)

本研究は国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得ており、対象者には、本研究について文書を用いて説明し、文書による同意を得る。

C. 研究結果

本年度は研究計画を作成し、倫理審査委員会の承認を得た。また本研究班の共同研究として実施するため、本研究班開催のCIDI 施行に関するトレーニングプログラムに参加した。

D. 考察

本研究は多施設共同研究として実施する予定であり、各参加施設で倫理委員会承認され次第、対象者のリクルートを開始する予定である。

E. 結論

本研究によって、がん患者におけるケアが必要な抑うつ頻度、つらさと支障の寒暖計の抑うつスクリーニング能力などが明らかになると考える。

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. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, et al. Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. Palliat Support Care. 3:291-5, 2010
2. Ogawa A, Shimizu K, et al. Involvement of a Psychiatric Consultation Service in a Palliative Care Team at the Japanese Cancer Center Hospital. Jpn J Clin Oncol.

40 : 1139-46, 2010

3. Matsumoto Y, Shimizu K, et al. Suicide associated with corticosteroid use during chemotherapy: case report. Jpn J Clin Oncol. 40:174-6, 2010
4. Shimizu K, Ogawa A, et al. Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. Psychooncology. 19:718-25, 2010
5. Akechi T, Shimizu K, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. Psychooncology. 19:384-9, 2010
6. 清水 研. がん患者の精神症状とそのスクリーニング. 臨床精神薬理 13: 1287-1294, 2010
7. 清水 研. サバイバーとサバイバーシップ. 腫瘍内科. 5: 95-99, 2010

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

包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究

研究分担者	内富庸介	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	教授
研究協力者	井上真一郎	岡山大学病院精神科神経科	医員
	岡部伸幸	岡山大学病院精神科神経科	助教
	寺田整司	岡山大学病院精神科神経科	講師
	矢野智宣	岡山大学病院精神科神経科	医員
	馬場華奈己	岡山大学病院精神科神経科	精神看護専門看護師

研究要旨 周術期がん患者を対象とした包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発を目的として、PERIO (Perioperative Management Center : 周術期管理センター)と協働する形での介入研究を検討している。精神症状の術前評価や早期介入方法について、評価スケール・介入時期などの具体的な内容を作成し、詳細なプロトコルを作成中である。プロトコル作成後に、倫理委員会に提出する予定である。

A. 研究目的

がん患者は周術期において、不安・抑うつ等の精神症状を呈することがよく見られる。よって早期から精神症状に対する包括的なアセスメントやスクリーニングを実施しケアをすすめてゆくことが重要である。本研究では周術期がん患者を対象とした包括的精神症状スクリーニング介入プログラムの開発を目的とする。

B. 研究方法

2008年当院にて PERIO (Perioperative Management Center : 周術期管理センター)が発足し、術前から看護師によって問診等のスクリーニングや医師への連携を行い、また術後においては疼痛管理や理学療法士の早期介入など、多職種による定期的な介入を行っている。PERIO に協力する形で、精神症状の術前評価や早期介入を行うことを検討している。

評価時期および評価内容、また介入時期や介入方法の詳細については検討中である。

(倫理面への配慮)

- ①研究プロトコルを倫理委員会に提出し、研究開始を申請する。
- ②対象者全例に研究の主旨を説明し、書面

による同意を得る。

- ③データは匿名化し、外部へは持ち出さない。

C. 研究結果

精神症状の術前評価や早期介入方法について、検討を行った。介入時期・回数、使用するスケールなど、内容を詰めている段階である。

D. 考察

大学病院内において他科への入院患者を対象とする研究であり、様々な形での配慮が必要なことが明らかとなった。

患者の人権を尊重し、負担を掛けすぎないように配慮しながら、研究を進めていきたい。

E. 結論

研究を実施するための詳細なプロトコルを作成し、倫理委員会に提出する準備を行っている。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。