

120. 天野功二, 森田達也: B実践編 2. 身体症状マネジメントをめぐる問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 小川朝生(編), 医学書院, 65-88, 2011.
121. 森田達也, 他: エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル. 南江堂, 2011.
122. 森田達也: 緩和ケアの地域関連 OPTIM プロジェクト浜松 地域リソースの「オペティマイズ=最大活用」と網目のようなネットワークが緩和ケア普及の鍵. Medical Partnering 56: 1-5, 2011.
123. 森田達也: 地域連携のさまざまなスタイルを発見 医師の「地域連携力」を鍛える. Doctor's Career Monthly 31: 21, 2011.
124. 天野功二, 森田達也: 第II章消化器癌化学療法の実際. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌化学療法. 改訂3版. 大村健二, 他(編), 南山堂, 360-375, 2011.
125. 古村和恵, 森田達也, 他: 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. Palliat Care Res 6(2): 237-245, 2011.
126. 森田達也: グッドデス概念って何?. 緩和ケア 21(6): 632-635, 2011.
127. 小野宏志, 森田達也, 他: 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. 緩和ケア 21(6): 655-663, 2011.
128. 山岸暁美, 森田達也, 他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価—. 癌と化学療法 38(11): 1889-1895, 2011.
3. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Bereavement Reaction or Major Depression?. The 21st World Congress on Psychosomatic Medicine. Seoul, Korea. August 25-28. P02-72. pp203, 2011.
4. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Distress of Bereaved Who Lost Family Members with Cancer, and Asked for Medical Help. International Psycho-Oncology Society. Antalya, Turkey. October, 2011. Pp106-107. Psycho-Oncology 20(Supple. 2):105-300 (2011) P1-3 presented at 18th October.

学会発表(国内学会)

1. 内富庸介: がん医療における心のケア. 第36回広島県病院学会. 特別講演. 2011. 2, 広島
 2. 内富庸介: がん患者と向き合うためのコミュニケーション. 精神腫瘍学の臨床実践. 第286回日本泌尿器科学会岡山地方会. 特別講演. 2011. 2, 岡山
 3. 内富庸介: がん患者で見られる抑うつの評価と対応法. 第8回日本うつ病学会総会現代うつ病の輪郭—いま求められる対応—教育セミナー1. 2011. 7, 大阪
 4. 内富庸介: がんに向き合う、生命に向き合う. 第24回日本サイコオンコロジー学会総会. 教育講演. 2011. 9, 埼玉
 5. 内富庸介: がん患者の抑うつ: 精神腫瘍学の臨床実践から. 第21回日本臨床精神神経薬理学会・第41回日本神経精神薬理学会. シンポジウム. 2011. 10, 東京
 6. 内富庸介: レビー小体型認知症. 第39回臨床神経病理懇話会・第2回日本神経病理学会中国・四国地方会. 一般講演の座長. 2011. 10, 岡山
 7. 内富庸介: 生命に向き合うリエゾン精神医学. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ランチョンセミナー12. 2011. 11, 福岡
 8. 岡部伸幸, 内富庸介, 他: コンサルテーション外来を用いた摂食障害外来治療の工夫. 第24回日本総合病院精神医学会総会. 一般講演. 2011. 11, 福岡
 9. 馬場華奈己, 内富庸介, 他: リエゾン精神看護専門看護師によるコンサルテーション・リエゾン活動の現状と課題. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2011. 11, 福岡
- 学会発表(国外学会)
1. Uchitomi Y: Development of Psycho-oncology in Japan. 70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 2011. 10, Japan
 2. Shimizu K, et al. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. International Psycho-Oncology Society, 2011. 10. 18-20, Antalya Turkey

10. 伊藤達彦, 清水研, 内富庸介: 外来がん患者に対する適応障害・うつ病スクリーニングの臨床的有用性に関する検討. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2011. 11, 福岡
11. 井上真一郎, 内富庸介: 岡山大学病院におけるせん妄対策センターの立ち上げについて. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2011. 11, 福岡
12. 内富庸介: ワンステップ上のコンサルテーションリエゾン精神医療を目指して～院内スタッフとの協働による身体疾患患者の精神症状マネジメント～. 第24回日本総合病院精神医学会総会. シンポジウムの座長. 2011. 11, 福岡
13. 内富庸介: 悪性腫瘍・緩和ケア. 第24回日本総合病院精神医学会総会. 座長. 2011. 11, 福岡
14. 清水 研, シンポジウム, 緩和医療における精神医学的アプローチの基礎と臨床, 「精神腫瘍学と医療チームによる臨床の実際」, 第5回日本緩和医療学会年会, 2011. 09. 24-25, 幕張
15. 清水 研, シンポジウム, 緩和医療と精神腫瘍学の役割, 予防から終末期ケアまで-「精神的苦痛の早期発見と早期治療」, 第70回日本癌学会学術総会, 2011. 10. 03-05, 名古屋
16. 小川朝生, せん妄の治療指針改訂に向けて, 第24回日本総合病院精神医学会総会, ワークショップ, 福岡市, 2011. 11
17. 小川朝生, 精神腫瘍学の見地から-がん医療におけるコミュニケーションについて, 第17回日本死の臨床研究会近畿支部大会, 特別講演1, 奈良県橿原市, 2011. 2
18. 小川朝生, 疼痛緩和とせん妄に対するアプローチ: Treatment of Delirium, 第9回日本臨床腫瘍学会学術集会, シンポジウム12-6, 神奈川県横浜市, 2011. 7
19. 小川朝生, がん相談支援センターにおけるサイコオンコロジー-今後の展望, 第24回日本サイコオンコロジー学会, フォーラム, 埼玉県さいたま市, 2011
20. 能野淳子, 小川朝生, 他, がん患者を対象とした禁煙外来の取り組み, 第24回日本サイコオンコロジー学会, ポスターセッション, 埼玉県さいたま市, 2011
21. 寺田千幸, 小川朝生, 他, 多職種によるテレフォンフォローの試み, 第24回日本サイコオンコロジー学会, ポスターセッション, 埼玉県さいたま市, 2011
22. 1. 藤野成美, 岡村 仁, 他: 精神科看護師における看護アセスメントに関する実態調査. 第37回日本看護研究学会学術集会, 2011年8月, 横浜市
23. 岡村 仁: がんリハビリテーション: 適応とエビデンス (ワークショップ): 心のケアとリハビリテーション. 第15回日本緩和医療学会学術大会, 2011年10月, 名古屋
24. 上野和美, 岡村 仁, 他: 再発がん患者の心理的側面に対する回想法の有効性. 第31回日本看護科学学会学術集会, 2011年12月, 高知市
25. 森田達也: フロンティア企画4「泌尿器系難治症状の緩和」4-1 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス: 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス. 第99回日本泌尿器科学会総会. 2011. 4, 名古屋
26. 森田達也: 在宅緩和ケアセミナーin名古屋2011 在宅における緩和ケアのエッセンス. 身体症状緩和. 第22回日本在宅医療学会学術集会. 2011. 6, 名古屋
27. 川口知香, 森田達也, 他: 死亡60日以前より緩和ケアチームが介入した症例の検討～早期介入によって何がもたらされるか～. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
28. 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族の「医療用麻薬」「緩和ケア」「緩和ケア病棟」に対する認識の関連要因: J-HOPE study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
29. 宮下光令, 森田達也, 他: J-HOPE studyにおける遺族による緩和ケアの質評価とそれに関連する施設要因. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
30. 山本亮, 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の遺族から見た評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
31. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
32. 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合いが、家族の心

- 理に及ぼす影響についての調査研究. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
33. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
34. 山口崇, 森田達也, 他: 外来化学療法患者におけるつらさと支障の寒暖計の系時的变化と精神症状スクリーニングツールとしての有用性の検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
35. 小田切拓也, 森田達也, 他: ホスピス病棟における、撓骨動脈拍動の定量的評価の信頼性と、収縮期血圧に対する妥当性. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
36. 永江浩史, 森田達也, 他: 終末期前立腺がん患者の在宅療養維持率の検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
37. 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族による質の評価は死亡後の経過期間の影響を受けるか? J-HOPE study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
38. 市原香織, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟看護師による Liverpool Care Pathway 日本語版の有用性評価: 緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディからの検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
39. 森田達也, 他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
40. 鄭陽, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
41. 藤本亘史, 森田達也, 他: 早期からの緩和ケアは実現されている: OPTIM 浜松 3年間の経験. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
42. 井村千鶴, 森田達也, 他: 退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族から見た評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
43. 井村千鶴, 森田達也, 他: 浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
44. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行う困難事例カンファレンスの評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
45. 前堀直美, 森田達也, 他: 遺族から見た保険薬局の評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
46. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価 OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
47. 小野宏志, 森田達也, 他: 地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
48. 山内敏宏, 森田達也, 他: 地域におけるホスピスの役割: ホスピスの利用を考える会の評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
49. 古村和恵, 森田達也, 他: 市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化: OPTIM study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
50. 福本和彦, 森田達也, 他: がん患者リハビリテーションにおける適切な目標設定への試み. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
51. 森田達也: JSCO University2. Palliative Care. Recent research about palliative care in Japan. 第49回日本癌治療学会学術集会. 2011.10, 名古屋
- 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（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者に対する包括的支援システムの開発

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 精神神経病態学教室 教授
研究協力者	藤森麻衣子	国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科 心理療法士
	浅井真理子	帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 准教授
	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 精神腫瘍学開発部 室長
	藤澤大介	国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科 医長
	白井由紀	東京大学大学院医学系研究科 がんプロフェッショナル養成プラン 特任助教
	山田祐	国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科 医員
	柴山修	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 任意研修生
	近藤享子	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 リサーチ・レジデント
	横尾実乃里	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 リサーチ・レジデント
	井上真一郎	岡山大学病院 精神科神経科 助教
	土山璃沙	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 心理療法士

研究要旨 (1)患者-医師間のコミュニケーションを解明するために、以下の3つの研究が進行中である。(a)コミュニケーション技術研修(CST)プログラムの有効性に関する研究:CSTの受講が、がん告知の面談における医師の共感行動並びに患者の精神状態に及ぼす影響について、無作為比較試験を行った結果、CST参加医師では、患者が望むコミュニケーション行動が増加すること、CST参加医師と面談した患者は心理的ストレスが低いことが示され、本CSTプログラムが有効であることが示された。(b)心理的苦痛に対する共感反応に関する研究:国立がん研究センター東病院の医師20名を対象に、I期の早期がんとIV期の進行がんの病名と病期を告知する模擬面接での医師の共感行動と自律神経反応(皮膚電気抵抗・心拍変動)との関連について検討した。共感行動を多く表出する医師は少ない医師と比較し、進行がんの病名や病期を告知する場面で、患者のネガティブな情動に対する交感神経反応が大きいことが示された。(c)共感と関連要因に関する研究:医師の模擬患者へがん告知を行う面談での共感行動に対する関連要因に関する調査を行い、共感行動と年齢の関係を確認した。

(2)配偶者をがんで亡くした遺族821名を対象に、質問紙による横断研究を実施した。(a)心理状態と対処行動の概念構造を同定した。(b)心理状態と対処行動を評価する尺度を用いて、遺族にとって不健康的な対処行動様式は「絆の保持」が多い一方で「気そらし」や「社会共有・再構築」が少ないという

傾向を確認し、心理社会的介入の仮説を得た。

今後、上記の研究成果を踏まえ、医師の共感行動の機序を解明すると共に、遺族に対しても心理状態改善の作用機序および心理社会的介入の開発を検討し、がん医療におけるさらなるコミュニケーションの向上を目指す。

A. 研究目的

(1) インフォームド・コンセントを前提としたがん医療において、医師が患者に進行がんや再発の診断、積極的抗がん治療の中止といった悪い知らせを伝えることは避けられない。悪い知らせは患者やその家族にとって衝撃的であり、またその直後には重要な意思決定が必要とされることが多く、手厚い支援が必要である。一方、医師は、患者が悪い知らせを受けた後、患者の情動表出に対応することが難しいと考えている。

そこで本研究班では、本邦のがん患者のコミュニケーションに対する意向をもとに、がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修プログラム(以下 CST プログラム)を開発し、がん医療における患者-医師間のコミュニケーションのさらなる向上を目的として、以下の3つの研究を行った。

- (a) CST プログラムの有効性に関する研究。
- (b) 心理的苦痛に対する共感反応に関する研究。
- (c) 共感と関連要因に関する研究。

(2) わが国では年間約 20 万人が配偶者をがんで亡くしており、配偶者との死別は高齢者の抑うつ最大の危険因子とされている。その一方で、遺族の心理状態と対処行動の概念には文化差があると言われており、わが国におけるそれらの概念構造は報告されていない。そこで、本研究班では質問紙による横断研究を実施し、以下の2つの目的を検討した。

- (a) 配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動の概念構造を同定する。
- (b) 配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動を評価するための尺度を作成し、遺族にとって健康的あるいは不健康的な対処行動様式を同定することによって、心理社会的介入の仮説を得る。

B. 研究方法

(1) (a) 国立がんセンター東病院において、がん診療経験年数3年以上の医師30名及び研究参加医師の担当外来患者601名を対象に、待機群を設定した無作為化比較試験を実施した。介入群には、本研究班で開発した2日間の CST

プログラム(2時間の講義と8時間のロール・プレイからなる合計10時間のプログラム)を実施した。待機群には、研究終了後に同様の介入を実施した。主要評価項目は、模擬面接の印象評定であり、ビデオ録画された模擬面接は盲検化され、トレーニングを受けた独立した二者が評価した。副次評価項目は、研究参加医師の担当外来患者の心理的ストレスとして、Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)を評価した。

(b) 国立がん研究センター東病院のがん診療経験年数3年以上の医師20名を対象とした。対象医師には、2人の模擬患者に対しI期の早期がんとIV期の進行がんの病名と病期を告知する模擬面接を行ってもらい、この面談をビデオ録画した。模擬患者には3つの情動刺激課題(例:「死ぬのですか」と悲しみを表出するなど)が提示してもらった。面接中に皮膚電気抵抗と脈拍を測定し、実験前には多面的に共感を測定する自己記入式質問紙である Interpersonal Reactivity Index(以後 IRI) 日本語版を実施した。

実験終了後に、まず、面接での医師の共感行動に関して第三者による印象評定を行った。次に刺激課題毎の皮膚電気抵抗水準、反応、また脈拍から心拍変動のパラメーターを算出し、共感行動に対する印象評定、IRI 日本語版の各因子の得点との関連を分散分析及び相関分析を行って検討した。また、印象評定と IRI 日本語版の各因子の得点の関連に関しては、相関分析を行った。

(c) 国立がん研究センター東病院のがん診療経験年数3年以上の医師60名を対象とした。対象医師には、模擬患者を対象にがん告知を行う模擬面接を行ってもらい、この面談をビデオ録画した。模擬面接の印象評定は独立した二者が行い、医師の関連要因(年齢・性別・所属科・臨床経験年数)との関連を調査した。性別・所属科に関しては、Mann-Whitney U 検定を、年齢・臨床経験年数に関しては、spearman の相関係数を算出した。さらに、各要因を独立変数、印象評定の得点を従属変数とした重回帰分析を行った。

(2) (a) 国立がんセンター東病院において配偶

者をがんで亡くした遺族を対象に、2009年3月に郵送調査を実施した。質問紙は2010年度に報告した面接調査で得た心理状態(44項目)と対処行動(38項目)に関する項目を用いた。探索的因子分析により因子を同定し、標準化された尺度(GHQ28、CISS)により妥当性を検討した。心理状態に寄与する要因は、階層的重回帰分析により探索した。

(b)(a)の探索的因子分析から得た3因子を最適解として採用した。次に因子負荷量あるいはItem-Factor相関が低い項目を除外して精緻化し、尺度を作成した。得られた対処行動尺度の下位尺度に基づきK-means法による非階層的クラスター分析を実施することにより、対処行動様式としてのクラスターを得た。さらに心理状態尺度の下位尺度および精神的健康(GHQ28)の得点を従属変数、クラスターを要因とした一元配置分散分析を実施した。

(倫理面への配慮)

研究参加は個人の自由意思によるものとし、研究への同意し参加した後でも随時撤回可能であり不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることを文書にて説明し、対象者本人からインフォームド・コンセントを得た後に行った。

C. 研究結果

(1)(a)参加者は介入群15名[性別:男性13名、年齢:平均39(29-55)歳、臨床経験:平均15(4-25)年、がん臨床経験:平均10(2-25)年、専門科:外科9名、内科5名、診断1名]、待機群15名[性別:男性13名、年齢:平均42(29-55)歳、臨床経験:平均17(4-25)年、がん臨床経験:平均14(2-25)年、専門科:外科8名、内科5名、診断1名、放射線科1名]であり、いずれも群間に有意差は認めなかった。模擬面接における印象評定の評価では、「場の設定」1/2項目、「悪い知らせの伝え方」2/3項目、「付加的情報の提供」2/4項目、「情緒的サポートの提供」4/7項目において、待機群と比して介入群の望ましい行動が介入後に有意に増加することが示唆された。また、介入群の医師と面談した患者292名[性別:男性179名、年齢平均64(32-73)歳、がん種:消化器128名、乳腺69名、頭頸部49名、その他49名、再発・転移あり66名]、待機群の医師と面談した患者309名[性別:男性190名、年齢平均64(29-78)歳、がん種:消化器127名、乳腺26名、頭頸部62名、そ

の他95名、再発・転移あり87名]であり、いずれも群間に有意差は認めなかった。面談後のHADSの不安因子得点は、介入群 4.8 ± 3.7 点、待機群 5.2 ± 3.4 点であり、群間に有意差は認められなかった($t=1.14$, n.s.)。抑うつ因子得点は、介入群 4.6 ± 3.7 点、待機群 5.3 ± 4.0 点であり、介入群が待機群に比して有意に低かった($t=2.24$, $p<.05$)。総合得点は、介入群 9.4 ± 6.9 点、統制群 10.5 ± 6.9 点であり、介入群が有意に低かった($t=1.98$, $p<.05$)。(b)対象医師は、男性16名/女性4名であった。診療科の内訳は、内科系医師16名/外科系医師4名であった。年齢の中央値は31歳、臨床年数の中央値は6年であった。

対象医師20名を印象評定の点数の中央値によって、共感高群、低群の2群にわけた。

I期とIV期の面接中の各生理指標の平均値に相違があるか群を被験者間要因とし2つの面接を被験者内要因とする2元配置分散分析を行った。なお、心拍変動は40面接中アーチファクトにより12面接が除外された。皮膚電気抵抗水準に関しては、群間と病期に有意な交互作用を認めた[$F(1, 57)=7.36$, $p<.05$.]。単純主効果の検定を行ったところ、IV期の面接において共感高群が低群に比べ有意に大きかった[$F(1, 57)=5.06$, $p<.05$.]のに対し、I期においては2群間で有意差を認めなかった。また共感高群においてI期に比べIV期の皮膚電気抵抗水準が有意に大きかった[$F(1, 57)=11.76$, $p<.05$.]のに対し、共感低群は両病期での有意差を認めなかった。心拍変動に関しては、群間と病期に有意な交互作用を認めなかった[$F(1, 26)=0.006$, n.s.]. IRIの各因子得点とほかの変数との関連では、IRIの個人的苦痛の得点とIV期の皮膚電気抵抗水準との間に有意な相関を示した($r=0.53$, $p<.05$)。加えてIRIの認知的共感($r=0.53$, $p<.05$)と個人的苦痛($r=0.47$, $p<.05$)の得点が医師の共感行動に対する印象評定の得点と有意な相関を示した。

(c)対象医師は60名で、男性50名/女性10名であった。診療科の内訳は、内科系医師25名/外科系医師34名/その他(放射線科医師)1名であった。平均年齢は37.2歳、平均臨床年数は12.2年であった。それぞれの印象評定との関連を調査したところ、年齢と印象評定は負の相関を示し、若い医師ではより印象評定が高かった($r=-0.331$, $P=0.010$)。また、診療科に関しては、内科系医師は、内科系以外の医師より印象評定が高く($U=240.0$, $P=0.027$)、

性別に関しては、女性医師では男性医師より印象評定が高い傾向にあった(U=171.0、P=0.117)。さらに、年齢・診療科・性別を共変量とし重回帰分析を行うと、年齢が印象評定に関連する($\beta=0.335$ 、P=0.033)ことが示唆された。

(2)(a)821名(男性242名、女性579名)から回答を得た。回答者の平均年齢は66歳(32~89歳)、死別後の平均経過年数は3年(7ヶ月~7年)であった。心理状態は「不安/抑うつ/怒り」、「思慕」、「受容/未来志向」の3因子であった。対処行動は「気そらし」、「絆の保持」、「社会共有/再構築」の3因子であった。心理状態の各因子に対して、対処行動の寄与率は18%~34%であり、患者および遺族の個人属性の寄与率は6%以下であった。

(b)対処行動尺度を作成した結果、(a)で得た因子順位が入れ替わり、第1因子が「絆の保持」、第2因子が「気そらし」であった。対処行動様式として3つのクラスターを得た。第1クラスターには65歳未満、無職、精神科既往ありといった遺族が該当し、「絆の保持」が多く「気そらし」や「社会共有・再構築」が少なく、不健康的な対処行動様式であった。一方、第2クラスターには男性、介護経験が少ない、信仰なしといった遺族が該当し、いずれの対処行動も少なく、また第3クラスターには女性、介護経験が多い、信仰ありといった遺族が該当し、いずれの対処行動も多かったが、両者ともに健康的な対処行動様式であった。

D. 考察

(1)(a)患者の意向に基づいたCSTプログラムの有効性を評価するために、無作為化比較試験を行った結果、CSTに参加していない医師と比して、CST参加医師は患者の意向に即した行動表出が増加すること、CSTに参加していない医師と面談した患者と比して、CST参加医師と面談した患者は心理的ストレスが低いことが示された。この結果から、本CSTプログラムは有効であることが示唆された。

(b)皮膚電気抵抗水準は交感神経反応を反映しており、情動喚起の指標として用いられることが多い。今回の実験では、共感行動が多い医師が少ない医師と比較し、進行がんの病名や病期を告知する場面において、患者のネガティブな情動に対する交感神経反応が大きいたことが示された。またその交感神経反応は、質問紙で測定した個人的苦痛の得点と関連し

ていることも同時に示された。そして医師の共感行動は認知的共感のみならず個人的苦痛とも関連していることを考慮すると、医師の共感行動の表出は認知的共感に加えて個人的苦痛を伴うような交感神経反応と関連している可能性が示唆される(論文作成中)。

(c)印象評定が高くなる医師側の要因としては、性別(女性)、診療科(内科系医師)、年齢(若い医師)の可能性が挙げられ、我が国でも欧米諸国の先行研究と同様の結果が認められた。各要因の関連性を考慮すると、特に年齢が印象評定に関連することが示唆された。

(2)(a)対処行動は心理状態を規定する主要な要因であり、介入仮説として“「気そらし」と「社会共有・再構築」の促進および「絆の保持の抑制による肯定的な心理状態の促進」を得た(論文審査中)。

(b)65歳未満、無職、精神科既往ありといった遺族が用いる対処行動は「絆の保持」が多い一方で「気そらし」や「社会共有・再構築」が少ないという傾向がみられ、精神的健康の障害を生じるリスクが高い可能性が示唆され、適切な対処行動への変容を促す必要が示唆された。

E. 結論

(1)(a)患者の意向に基づいたコミュニケーション技術研修プログラムは有効であることが示された。本プログラムを全国的に開催し、我が国のがん臨床に携わる医師に提供することが求められる。

(b)共感行動を多く表出する医師は少ない医師と比較し、進行がんの病名や病期を告知する場面での、患者のネガティブな情動に対する交感神経反応が大きいこと、また交感神経反応はIRIの個人的苦痛因子と正の相関関係あることが示された。医師の共感行動の表出には交感神経反応が関連している可能性が示唆される。今後は共感の機序解明を目標に、交感神経も含めた中枢神経機能が評価できるよう脳機能画像を用いた研究を開始している。

(c)印象評定と医師の関連要因についての検討を行った。CSTプログラムなどの介入が有効な要因を検討する予定である。

(2)配偶者をがんで亡くした遺族821名を対象に、質問紙による横断研究を実施した。(a)心理状態と対処行動の概念構造を同定した。

(b)心理状態と対処行動を評価する尺度を用いて、遺族にとって不健康的な対処行動様式は「絆の保持」が多い一方で「気そらし」や

「社会共有・再構築」が少ないという傾向を確認し、心理社会的介入の仮説を得た。今後は、死別前の緩和ケア期から死別後までの縦断研究を実施し、心理状態改善の作用機序の解明および心理社会的介入の実施可能性について検討していく予定である。

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, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *J Pain Symptom Manage*, 41(4): 684-691, 2011
2. Haraguchi T, Uchitomi Y, et al: Coexistence of TDP-43 and tau pathology in neurodegeneration with brain iron accumulation type 1 (NBIA-1, formerly Hallervorden-Spatz syndrome). *Neuropathology*, 31(5):531-539, 2011
3. Ito T, Shimizu K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy. *Psychooncology*, 20(6) : 647-654, 2011
4. Ishida M, Onishi H, 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*, 41(3): 380-385, 2011
5. Shirai Y, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial. *Psychooncology*, 2011
6. Terada S, Uchitomi Y, et al: Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Res*, 190(1): 159-162, 2011
7. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al: Kana Pick-out Test and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 23(4): 546-553, 2011
8. Terada S, Uchitomi Y, et al: Perseverative errors on the Wisconsin Card Sorting Test and brain perfusion imaging in mild Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 1-8, 2011
9. Kobayakawa M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Serum Brain-derived Neurotrophic Factor and Antidepressant-naive Major Depression After Lung Cancer Diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, 41(10): 1233-1237, 2011
10. 内富庸介: がんを抱えたときの心構え. おかやま こころの健康, 53: 4-13, 2011
11. 井上真一郎, 内富庸介: せん妄の要因と診断. *がん患者と対象療法*, 22(1) : 6-11, 2011
12. 内富庸介: 高齢者ががん医療にもっと心の医療を. *週刊日本医事新報*, 4545: 1, 2011
13. 内富庸介: ホスピスケアと家族—その抑うつと自殺について—. *アディクションと家族*, 27(4): 315-322, 2011
14. 井上真一郎, 内富庸介, 他: 高齢者うつ病に mirtazapine 使用後、せん妄を来した 4 例. *臨床精神薬理*, 14(6): 1057-1062, 2011
15. 内富庸介: コンサルテーション・リエゾン精神医学研究の将来展望. *学術の動向*, 16(7): 42-45, 2011
16. 白井由紀, 内富庸介: がん患者・家族の意思決定補助ツールとしての質問促進パンフレット. *腫瘍内科*, 8(1): 57-64, 2011
17. 内富庸介: メンタルケアはますます重要になる. *がんから身を守る予防と検診*, 31: 142-152, 2011
18. 内富庸介: がん医療における心のケア. *社団法人 広島県病院協会会報*, 89: 35-45, 2011
19. 武田雅俊, 内富庸介, 他: 症状性を含む器質性精神障害の症例. *臨床精神医学*, 40(10): 1249-1265, 2011
20. 内富庸介: 災害とうつ病およびその関連疾患. *Depression Frontier*, 9(2): 7-10, 2011
21. 内富庸介: サイコオンコロジーの心身医

- 学—がん患者の心のケア. 専門医のための精神科臨床リュミエール27 精神科領域からみた心身症, 石津 宏(編), 中山書店, 175-182, 2011
22. 馬場華奈己, 内富庸介: ◎がん患者の心の反応「昨日、膵臓がんだと告げられました」と打ち明けられました. がん患者の心のケアこんなときどうする?サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 1-8, 2011
 23. 馬場華奈己, 内富庸介: ◎がん患者の心の反応「再発したらしいのですが・・・」. がん患者の心のケアこんなときどうする?サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 9-16, 2011
 24. 馬場華奈己, 内富庸介: ◎コミュニケーションスキル「もう治療がないと言われたのですが」. がん患者の心のケアこんなときどうする?サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 17-22, 2011
 25. 柚木三由起, 内富庸介, 他: コミュニケーションスキル「ポータブルトイレを使いたくないです」. がん患者の心のケアこんなときどうする?サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 23-28, 2011
 26. 馬場華奈己, 内富庸介: うつ病「消えてなくなりたい・・・と言われたのです」. がん患者の心のケアこんなときどうする?サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 80-86, 2011
 27. 内富庸介: 第1章悪性腫瘍. 向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針日本総合病院精神医学会治療指針5, 日本総合病院精神医学会 治療戦略検討委員会(編), 星和書店, 1-13, 2011
2. 学会発表
1. Uchitomi Y: Development of Psycho-oncology in Japan. 70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 2011. 10, Japan
 2. 内富庸介: がん医療における心のケア. 第36回広島県病院学会. 特別講演. 2011. 2, 広島
 3. 内富庸介: がん患者と向き合うためのコミュニケーション. 精神腫瘍学の臨床実践. 第286回日本泌尿器科学会岡山地方会. 特別講演. 2011. 2, 岡山
 4. 内富庸介: がん患者で見られる抑うつの評価と対応法. 第8回日本うつ病学会総会現代うつ病の輪郭—いま求められる対応—. 教育セミナー1. 2011. 7, 大阪
 5. 内富庸介: がんと向き合う、生命に向き合う. 第24回日本サイコオンコロジー学会総会. 教育講演. 2011. 9, 埼玉
 6. 内富庸介: がん患者の抑うつ: 精神腫瘍学の臨床実践から. 第21回日本臨床精神神経薬理学会・第41回日本神経精神薬理学会. シンポジウム. 2011. 10, 東京
 7. 内富庸介: レビー小体型認知症. 第39回臨床神経病理懇話会・第2回日本神経病理学会中国・四国地方会. 一般講演の座長. 2011. 10, 岡山
 8. 内富庸介: 生命に向き合うリエゾン精神医学. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ランチョンセミナー12. 2011. 11, 福岡
 9. 岡部伸幸, 内富庸介, 他: コンサルテーション外来を用いた摂食障害外来治療の工夫. 第24回日本総合病院精神医学会総会. 一般講演. 2011. 11, 福岡
 10. 馬場華奈己, 内富庸介, 他: リエゾン精神看護専門看護師によるコンサルテーション・リエゾン活動の現状と課題. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2011. 11, 福岡
 11. 伊藤達彦, 清水研, 内富庸介: 外来がん患者に対する適応障害・うつ病スクリーニングの臨床的有用性に関する検討. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2011. 11, 福岡
 12. 井上真一郎, 内富庸介: 岡山大学病院におけるせん妄対策センターの立ち上げについて. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2011. 11, 福岡
 13. 内富庸介: ワンステップ上のコンサルテーションリエゾン精神医療を目指して～院内スタッフとの協働による身体疾患患者の精神症状マネジメント～. 第24回日本総合病院精神医学会総会. シンポジウ

ムの座長. 2011. 11, 福岡

14. 内富庸介: 悪性腫瘍・緩和ケア. 第 24 回
日本総合病院精神医学会総会. 座長.
2011. 11, 福岡

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（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者の心理社会的苦痛に対する介入法の開発

研究分担者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野 教授
研究協力者 樫野香苗 名古屋市立大学看護学部
香月富士日 名古屋市立大学看護学部

研究要旨 乳がんで術後補助療法を受けている女性の心理社会的苦痛を緩和するための新たな多職種介入法として、精神科医と看護師との協働介入モデル（冊子による情報提供、心理教育および問題解決療法、主治医や担当看護師へのニーズ情報のフィードバック、専門部署への受診コーディネートで構成）を開発した。前年度までに比較群を持たない single arm の臨床試験にて予備的な検討を行い、高い実施可能性と患者の満たされていないニーズを改善することを示した。本年度から、本協働介入の有用性を検証するための無作為化比較試験を開始し、現時点までに 20 例（介入群 9 例、対照群 11 例）の患者の参加を得た。

A. 研究目的

がんの診断後、多くの患者にケアが望まれる不安・抑うつをはじめとした心理的苦痛が発現することが知られている。一方、我々の先行研究から、がん患者の経験する心理的苦痛とニーズに高い関連があることが示されたことから、苦痛を抱える患者に適切な介入を提供するうえで、患者の個別的なニーズを把握し、それに対応することの有用性が示唆された。

また患者の心理的な苦痛を軽減するための介入については、臨床応用、均てん化の観点から、有用であるのみならず、簡便でわが国の多くの施設でも実施可能な介入を開発することが求められる。

我々は前年度までに、精神科医と看護師との協働介入モデル（冊子による情報提供、心理教育および問題解決療法、主治医や担当看護師へのニーズ情報のフィードバック、専門部署への受診コーディネートで構成）を開発し、比較群を持たない single arm の臨床試験にて予備的な検討を行い、高い実施可能性と患者の満たされていないニーズを改善することを示した。

本研究の目的は、今回開発した新たな協働介入モデルの有用性を無作為化比較にて検証することである。

B. 研究方法

対象は、乳がんに対する手術を受けた後、外来で補助療法（化学療法、ホルモン療法）を受けている女性のうち、精神的ストレスが一定以上存在する者である（つらさと支障の寒暖計で、つらさの寒暖計が 3 点以上、かつ支障の寒暖計が 1 点以上の者）。

対象者の登録と割り付け：参加者の登録は研究事務局にて行う。登録された患者は、その患者背景を知らない者が、コンピューターを用いて無作為割り付けを行う。なお、この際、つらさと支障の寒暖計の支障のスコアを用いて層別割り付けを行うこととした（つらさの寒暖計 3 点以上かつ支障の寒暖計 1 点以上を stratum とする）。

試験デザイン：参加者に対してニーズに基づいた協働ケアを提供し、その効果を対照群と比較する無作為化比較対照試験である。

研究の手順：適格条件を満たす患者に対して、研究者が書面を用いて本研究について説明を行い、書面により同意を取得する。ベースライン時点の評価を行った後に、層別ブロック割り付けにより 介入群と対照群を決定する。介入群には看護師による協働ケア（期間は概ね 2 カ月程度）を提供するとともに対照群には情報提供のための小冊子を提供する。ベースラインから約 4 ヶ月後（介入終了から約 1 カ月後）と 6 か月後（介入終了から約 3

カ月後)に各エンドポイントを郵送で調査する。

精神科医と看護師との協働介入：直接的な介入は看護師が行うが、その内容は、1. 標準化された質問紙 (The short-form Supportive Care Needs Survey : SCNS-SF34) を用いたニーズの把握、2. 看護師による介入 (小冊子による情報提供、心理教育およびニーズ調査の結果を利用した簡易問題解決療法)、3. 主治医および外来看護師への患者ニーズのフィードバック、4. 専門部署への受診コーディネーションである (SCNS-SF34 および問題解決療法に関しては以下を参照)。なお、介入全般、特に問題解決療法の施行にあたって定期的に精神科医がスーパービジョンを行うこととした。

・ The short-form Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)

SCNS-SF34 は、がん患者のニーズを評価するためにオーストラリアで開発された自己記入式の調査票であり、がんに関連して生じる5つの次元のニーズ (1. 心理的側面、2. 医学的な情報、3. 身体状態および日常生活、4. ケアや援助、5. 対人関係におけるコミュニケーションに対するニーズ) を測定可能である。本調査票の日本語版を作成した我々の先行研究で、わが国のがん患者に対しても良好な妥当性、信頼性を有することが示されている。

・ 問題解決療法

問題解決療法は、心理的苦痛の背景に存在するストレス状況 (個人にとっての日常生活上の「問題」) を整理し、その優先順位や解決可能性を検討したうえで (第一段階)、その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し (第二段階)、さまざまな解決方法を列挙しながら (第三段階)、各々の解決方法についてメリット (Pros) とデメリット (Cons) を評価した後に、最良の解決方法を選択・計画し (第四段階)、実行およびその結果を検討する (第五段階)、といった段階的で構造化された簡便な治療技法である。本介入は、精神保健の専門家以外でも施行可能とされており、海外では、看護師やソーシャルワーカーなどが介入者となった場合でも、不安や抑うつを軽減において有効であることが示唆されている。本研究においては、わが国における均てん化を念頭に本治療法を介入の中心的な技法として選択した。

なお、介入は約2ヶ月間行い、面接を2回、電話を用いた介入を2回施行する。

対照群に対しては、上記のうち情報提供のための小冊子の提供のみを行う。なお、希望者には、研究終了後1カ月の時点で、介入群と同様の看護師による介入を提供する。

評価項目、評価時期：ベースライン時および、その約4ヶ月後 (介入終了から約1ヶ月後) と6ヶ月後 (介入終了から約3ヶ月後) に各エンドポイントを郵送にて送り、返送してもらう。欠損値があった場合には研究者が電話にて補完する。主たる評価項目は以下である。

評価法：本協働介入の効果を評価するために、介入前後において、プライマリーエンドポイントとして SCNS-SF34 を、セカンダリーエンドポイントとして Profile of Mood States (POMS) の total mood disturbance (TMD) を、EORTC QLQ-C30、再発脅威、医療に対する満足度を評価した。セカンダリーエンドポイントの評価項目の詳細については省略した。

サンプルサイズの算定：我々が行った予備研究の結果から、本介入によって SCNS-SF34 の平均総スコアが17点減少する一方、対照群の同スコアの減少を3点、各々の標準偏差を18程度と見積もると (つまり効果量が0.78)、 $\alpha = 0.05$ 、 $\beta = 0.20$ のパワーのもとで、各群に26例の症例数が必要となる。約1割の身体状況の悪化による脱落例、追跡不能例、拒否例を想定し、目標症例数を各群30例とした。

解析項目、方法：無作為割り付けされた全ての患者を解析対象とする。プライマリーエンドポイントを含めた全ての連続変数評価項目は、介入群・対照群間でANOVAを用いて比較する。この際、Intention to treat解析にて行う。途中介入から脱落した場合であってもベースラインから4ヶ月後、6ヶ月後の評価を受けた患者では、そのデータをそのまま用いる。同様の解析をANCOVA (ベースラインデータを調整するため) でも行う。感度分析としては完遂者解析を行う。解析ソフトは、SPSS for Windows 18.0を用いる。

中間解析：中間解析は行わないこととするが、班研究が開催される際に (概ね年に2回) 進捗状況および安全性確認のために、エントリ率、脱落率、重篤な有害事象の発生頻度などをチェックする。一方、脱落が50%を超える場合や本研究への参加拒否が50%を超える場合、あるいはその他研究班が研究中止の勧告を行った場合には試験中止を検討する。

(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いた。

なお、名古屋市立大学医学部 IRB で本研究計画の承認を受け、2010年10月から研究を開始した。なお本研究は臨床試験として登録されている (UMIN-R5172)。

C. 研究結果

名古屋市立大学病院で加療中の乳がん患者137名(2010年10月以降に初発乳がんで、胸筋温存乳房切除術または乳房部分切除術を受けた患者)のうち精神的ストレス以外の適格基準を満たす患者は63名であった。適格患者に対し精神的ストレスのスクリーニングツールであるつらさと支障の寒暖計を実施したところ、適格基準を満たす精神的苦痛(つらさの寒暖計3点以上かつ支障の寒暖計1点以上)を有した患者は27名(44%)であり、そのうち22名(81%)が研究参加に同意した。

研究参加に同意が得られた22名のうち無作為割り付けが終了した対象者は20名であり、介入群9例、対照群11例に割りつけられた。現時点までに、計11名が6カ月後のフォローアップ調査を終了した。

介入群9名の患者背景は、平均年齢57歳(標準偏差10)、既婚78%、短大以上の教育経験を有する者22%、臨床病期0/I/II期が各々11%/22%/67%、補助療法として抗がん剤、ハーセプチン、ホルモン療法を受けている者が各々67%、11%、56%(重複回答あり)、Performance Statusは全員が0であった。また、つらさと支障の寒暖計の中央値は、つらさの寒暖計が4点、支障の寒暖計が5点であった。同様に、対照群11名の患者背景は、平均年齢56歳(標準偏差13)、既婚100%、短大以上の教育経験を有する者27%、臨床病期0/I/II期が各々0%/45%/55%、補助療法として抗がん剤、ハーセプチン、ホルモン療法を受けている者が各々64%、0%、64%(重複回答あり)、Performance Statusは全員が0であった。また、つらさと支障の寒暖計の中央値は、つらさの寒暖計が5点、支障の寒暖

計が5点であった。

D. 考察

無作為化比較試験の実施状況からは、適格患者27名のうち78%が研究に参加しており、本研究の実施可能性が高いことが示唆された。

E. 結論

乳がんで術後補助療法を受けている女性の心理社会的苦痛を緩和するための新たな多職種介入法として、精神科医と看護師との協働介入モデル(冊子による情報提供、心理教育および問題解決療法、主治医や担当看護師へのニーズ情報のフィードバック、専門部署への受診コーディネーションで構成)を開発し、その有用性を検証するための無作為化比較試験を開始した。現時点までのところ、その実施可能性は高いことが示唆された。

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. Azuma H, Akechi T, et al: Ictal physiological characteristics of remitters during bilateral electroconvulsive therapy. *Psychiatry Res*, 185(3), 462-464, 2011
2. Okuyama T, Akechi T, et al: Oncologists' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in a breast cancer outpatient consultation. *Jpn J Clin Oncol* 41:1251-1258, 2011
3. Torii K, Akechi T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Agitated Behaviour in Dementia Scale in Alzheimer's disease: three dimensions of agitated behaviour in dementia. *Psychogeriatrics* 11:212-220, 2011
4. Kobayakawa M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Serum brain-derived neurotrophic factor and antidepressant-naive major depression after lung cancer diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, 41(10): 1233-1237, 2011
5. Furukawa T, Akechi T, et al: Strategic

- Use of New generation antidepressants for Depression: SUND study protocol. *Trials* 12: 116, 2011
6. Akechi T, et al: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 20:497-505, 2011
 7. Akechi T, et al: Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients. *Palliat Support Care* 9:103-5, 2011
 8. Furukawa TA, Akechi T, et al: Relative indices of treatment effect may be constant across different definitions of response in schizophrenia trials. *Schizophr Res* 126:212-9, 2011
 9. Kinoshita Y, Akechi T, et al: Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res* 126:245-51, 2011
 10. Sagawa R, Akechi T, et al: Case of intrathecal baclofen-induced psychotic symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci* 65:300-1, 2011
 11. Uchida M, Akechi T, et al: Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 41:530-6, 2011
 12. 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* 28(3): 171-175, 2011.
 13. 明智龍男: かかりつけ医が理解すべきがん患者のこころの変化-診断から終末期まで, 患者・家族の相談に応えるがん診療サポートガイド, 池田健一郎. (編), 南山堂, 777-781, 2011
 14. 明智龍男: がん患者の精神医学的課題, 今日の治療指針, 山口徹., 北原光夫., 福井次矢. (編), 医学書院, 882, 2011
 15. 明智龍男: がん治療における精神的ケアと薬物療法, 消化器がん化学療法ハンドブック, 古瀬純司 (編), 中外医学社, 83-90, 2011
 16. 明智龍男: 緩和ケアにおける精神科, 精神科研修ノート, 永井良三 (編), 診断と治療社, 73-76, 2011
 17. 明智龍男: 癌患者における幻覚妄想, 脳とこころのプライマリケア 6巻 幻覚と妄想, 堀口淳. (編), シナジー, 327-333, 2011
 18. 明智龍男: 希死念慮, がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド, 清水研(編), 真興交易 (株) 医書出版部, 61-65, 2011
 19. 明智龍男: 希死念慮、自殺企図、自殺, 精神腫瘍学, 内富庸介, 小川朝生 (編), 医学書院, 108-116, 2011
 20. 明智龍男: 自殺企図, がん救急マニュアル, 大江裕一郎, 新海哲, 高橋俊二. (編), メジカルビュー社, 192-196, 2011
 21. 明智龍男: 心理社会的介入, 精神腫瘍学, 内富庸介, 小川朝生 (編), 医学書院, 194-201, 2011
 22. 奥山徹, 明智龍男: 高齢がん患者において頻度の高い精神疾患とそのマネジメント. 腫瘍内科 8:270-275, 2011
 23. 明智龍男: かかりつけ医が理解すべきがん患者のこころの変化-診断から終末期まで-. 治療 93:777-781, 2011
 24. 明智龍男: がんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴とそれに応じた対応. 精神科治療学 26:937-942, 2011
 25. 明智龍男: 緩和ケアを受けるがん患者の実存的苦痛の精神療法-構造をもった精神療法. 精神科治療学 26:821-827, 2011
 26. 明智龍男: 気持ちのつらさ. がん治療レクチャー 2:578-582, 2011
- 学会発表
1. Akechi T: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients, 3rd Taiwan Psycho-oncology conference, 2011 Sep
 2. Akechi T: Panel discussion, Akechi T, 3rd Taiwan Psycho-oncology conference, 2011 Sep
 3. Akechi T: Suicidality among Japanese cancer patients, 3rd Taiwan Psycho-oncology conference, 2011 Sep
 4. Akechi T, et al: Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: prevalence, associated factors, and impact on quality of life 13th World Congress of

- Psycho-Oncology, 2011 Oct
5. Okuyama T, Akechi T, et al: Competency to consent to initial chemotherapy among elderly patients with hematological malignancies, 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
 6. Sagawa R, Aekchi T, et al: The anger and its underlying factors in patients with cancer, 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
 7. 山田光彦, 明智龍男, 他: 実践的精神科薬物治療研究プロジェクト: Japan Trialists Organization in Psychiatry, J-TOP の試み, 第32回日本臨床薬理学会, 2011年12月
 8. 明智龍男: JSCO University 本邦における治療ガイドライン: サイコオンコロジー, 第49回日本癌治療学会, 2011年10月
 9. 明智龍男: ランチョンセミナー がん患者の抑うつの評価とマネージメント, 第24回日本サイコオンコロジー学会総会, 2011年9月
 10. 樺野香苗, 明智龍男, 他: 乳がん患者のニーズに基づいた看護師と精神腫瘍医の協働ケア介入の実行可能性と有用性の予備的検討, 第24回日本サイコオンコロジー学会総会, 2011年9月
 11. 佐川竜一, 明智龍男, 他: がん患者の看護師に対する「怒り」表出についての関連要因の検討, 第16回日本緩和医療学会総会, 2011年7月
 12. 坂本雅樹, 明智龍男, 他: 腹水濾過濃縮再静注法10例の合併症の検討, 第16回日本緩和医療学会総会, 2011年7月
 13. 鳥井勝義, 明智龍男, 他: Agitation Behavior in Dementia Scale (ABID) の標準化の検討, 第26回日本老年精神医学会, 2011年6月
 14. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学, 平成23年度独立行政法人国立病院機構 良質な医師を育てる研修 特別講演, 2011年6月
 15. 明智龍男: シンポジウム 泌尿器系難治症状の緩和: がん患者の精神症状のマネージメント, 第99回 日本泌尿器科学会総会, 2011年4月
 16. 明智龍男: 教育セミナー サイコオンコロジー: がん医療におけるこころの医学, 第17回日本臨床腫瘍学会教育セミナーAセッション, 2011年3月
 17. 内田恵, 明智龍男, 他: 進行乳がん患者におけるニードと心理的負担, 第169回東海精神神経学会, 2011年2月
 18. 平野道生, 明智龍男, 他: 精神科介入により身体治療を円滑に行うことができたクッシング症候群の一症例, 第169回東海精神神経学会, 2011年2月
- 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（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた介入法の開発

研究分担者 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 副科長

研究要旨 がん罹患はすなわち生命の危機を意味するため、破滅的な恐怖体験をもたらし、その結果としてのがん罹患の精神心理面における負の側面が明らかにされてきた。一方で、危機的な状況に暴露されることによる精神心理面における正の側面として「危機的な出来事や困難な経験との精神的なものがき・闘いの結果生ずるポジティブな心理的変容の体験」と定義される、「外傷後成長（Post Traumatic Growth, PTG）」が存在することが指摘されているが、日本人のがん患者における PTG に関しては、知見に乏しい。また、がん患者が他の危機的な状況と決定的に異なるのは、癌告知、治療によるストレス、再発不安等々、心理的なストレス状況が慢性的に続くことであるが、がん患者に特有な PTG が存在するの否かに関しては明らかになっていない。

そこで我々は質的研究により、わが国のがん患者に生じる外傷後成長の概念を同定し、今後の実証的研究に用いる研究仮説を構築することを目的とした。今年度はプロトコルを作成し、国立がん研究センター倫理審査委員会で承認を得た。

A. 研究目的

がん罹患はすなわち生命の危機を意味するため、破滅的な恐怖体験をもたらし、その結果として多くの患者がうつ病、適応障害などの精神疾患に罹患することが示され、がん罹患の精神心理面における負の側面が明らかにされてきた。一方で、危機的な状況に暴露されることによる精神心理面における正の側面として「危機的な出来事や困難な経験との精神的なものがき・闘いの結果生ずるポジティブな心理的変容の体験」と定義される、「外傷後成長（Post Traumatic Growth, PTG）」が存在することが指摘されて、海外の研究においてがん患者においても PTG が出現することが示唆されているが、日本人のがん患者における PTG に関しては、知見に乏しい。また、がん患者が他の危機的な状況と決定的に異なるのは、癌告知、治療によるストレス、再発不安等々、心理的なストレス状況が慢性的に続くことであるが、先行研究の多くはもっとも一般的な評価尺度である Post Traumatic Growth Inventory を使用したものであり、がん患者に特有な PTG が存在するの否かに関しては明らかになっていない。

そこで我々は質的研究により、わが国のが

ん患者に生じる外傷後成長の概念を同定し、今後の実証的研究に用いる研究仮説を構築することを目的とした。直面している危機的な状況が、サバイバー、進行・再発がん患者、終末期患者では大きく異なるため、まずはサバイバーに焦点を当てた調査から開始する。

B. 研究方法

国立がん研究センター中央病院で根治的治療を受け、その後再発が5年以上確認されていない患者20名を対象とする。身体状態・精神状態が重篤であり、面接調査の実施が困難である患者、及び日本語の会話や読み書きに支障があり、面接調査の解析が困難であると調査者が判断した患者は除外する。「癌を体験した結果として、あなたの生き方や考え方に前向きな変化が生じることはありましたか？」という質問に始まるオープンエンドの面接調査を行い、結果は内容分析にて解析する。

（倫理面への配慮）

患者には本研究の目的と方法を十分説明したうえ、書面での同意を得た。また、聴取した内容は匿名化し、患者のプライバシーにつ

いては最大限の配慮を行った。

C. 研究結果

2012年1月、国立がん研究センター倫理審査委員会にてプロトコルが承認された。今後調査を開始する。

D. 考察

がんという疾病の性質や、日本人の文化的背景から、日本人のがん患者における PTG が明らかになる可能性が示唆される。

E. 結論

がんという疾病の性質や、日本人の文化的背景から、日本人のがん患者における PTG が明らかになる可能性が示唆される

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. 清水 研, がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド, 真興交易出版, 東京, 2011
2. 清水 研, うつ病、適応障害, 内富庸介・小川朝生 (編), 精神腫瘍学, 医学書院, 96-107, 2011
3. 清水 研, 不安障害, 内富庸介・小川朝生 (編), 精神腫瘍学, 医学書院, 116-119, 2011
4. 清水 研, サイバーシップ, 内富庸介・小川朝生 (編), 精神腫瘍学, 医学書院, 318-322, 2011
5. Ito T, Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy *Psycho-Oncology*20:647-654, 2011
6. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Treatment Response to Psychiatric Intervention and Predictors of Response Among Cancer Patients with Adjustment Disorders *Journal of Pain and Symptom Management*, 41:684-691, 2011
7. 清水 研, がん患者に合併する抑うつ-臨床の実際, 分子精神医学, 11, 81-83, 2011
8. 清水 研, 精神腫瘍学と医療チームによる臨床の実際, 第5回日本緩和医療薬学

会年会, 2011. 09. 24-25, 幕張

9. 清水 研, シンポジウム, 緩和医療と精神腫瘍学の役割, 予防から終末期ケアまで-「精神的苦痛の早期発見と早期治療」, 第70回日本癌学会学術総会, 2011. 10. 03-05, 名古屋

学会発表

1. Shimizu K, et al: Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *International Psycho-Oncology Society*, 2011. 10. 18-20, Antalya Turkey
2. 清水 研, シンポジウム, 緩和医療における精神医学的アプローチの基礎と臨床, 「精神腫瘍学と医療チームによる臨床の実際」, 第5回日本緩和医療薬学会年会, 2011. 09. 24-25, 幕張
3. 清水 研, シンポジウム, 緩和医療と精神腫瘍学の役割, 予防から終末期ケアまで-「精神的苦痛の早期発見と早期治療」, 第70回日本癌学会学術総会, 2011. 10. 03-05, 名古屋

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

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発

研究分担者	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 精神腫瘍学開発部 室長
研究協力者	内富庸介	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 教授
	藤澤大介	国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科 医長
	稲垣正俊	国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター適応障害研究室 室長
	武井宣之	国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科 がん専門修練医
	能野淳子	国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科 心理療法士
	古賀晴美	国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科 心理療法士
	柴山修	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 任意研修生
	近藤享子	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 リサーチ・レジデント
	横尾実乃里	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 リサーチ・レジデント

研究要旨 がん患者の精神症状緩和を図り、療養生活の質の向上を目指すためにはその病態に基づいた介入が重要である。本研究では、薬物療法が困難ながん患者のうつ病に対して、有害事象の危険性の低い反復経頭蓋磁気刺激ならびに経頭蓋直流電気刺激の臨床応用を目指し、その有用性の評価と治療効果の発現機序の検討を計画した。平成23年度は、(1)抗うつ薬が使用できない際の抑うつ状態に対する反復経頭蓋磁気刺激の有用性の予備的検討、(2)機能的磁気共鳴画像を用いた経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討を開始した。

A. 研究目的

がん体験は、心理的身体的に非常に強いストレスであり、がん患者の多くに抑うつ症状を認め、自殺やQOLの全般的な低下など深刻な弊害をもたらす。特に終末期がん患者において抑うつ症状の出現率は上昇し、患者及び家族に与える負担も大きいことから、積極的な介入が望まれる。しかし、がん患者におけるうつ病の病態は明らかにならず、身体的制約から抗うつ薬など一般的な治療的介入が困難であることが多い。がん患者の病態に基づいた新しい抗うつ療法の開発が望まれており、本研究では、うつ病における前頭

前野と辺縁系のネットワーク異常に直接作用すると考えられる以下の二つの治療法に着目した。

反復経頭蓋磁気刺激 (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation、以下 rTMS) は、頭皮上に置いたコイルに電流を流したときに生じる磁場により脳内で発生する渦電流で、脳皮質を局所的に痛みを伴わず刺激するものである。米国では、抗うつ薬による治療効果の乏しい難治性うつ病の治療デバイスとしてFDAに認可されており、適応を広げた場合の有効性・安全性の報告もある。しかし、がん患者のうつ病への使用はまだ検討

されていない。

経頭蓋直流電気刺激(transcranial Direct Current Stimulation、以下 tDCS)は経皮経頭蓋的に 1mA 程度の弱い直流電流を大脳皮質に通電させることで、安全かつ簡便に電極の極性に依存した皮質の神経活動興奮を局所的にもたらすものであり、うつ病を含む多様な臨床症状を改善する報告もある。しかし、がん患者のうつ病への使用ははまだ検討されていない。

そこで、薬物療法が困難ながん患者のうつ病に対する新規治療法の開発、がん患者のうつ病の病態メカニズムの解明を目的とし、以下の二つの研究を実施している。

(1) 抗うつ薬が使用できない際の抑うつ状態に対する反復経頭蓋磁気刺激の有用性の予備的検討

(2) 機能的磁気共鳴画像を用いた経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討

B. 研究方法

(1) 国立がん研究センター東病院の 20 歳以上のがん患者における薬物療法が困難な抑うつ状態を対象とした、rTMS の有効性・安全性を検証するためのオープン試験である。目標症例数は、予後 4 週以内の患者において抗うつ薬が有効である報告がないため、予後 4 週以内と 4 週以上に分けてそれぞれ 10 名とする。

rTMS による治療は、国内で行われた薬物抵抗性うつ病に対する刺激パラメーターを参考に、左背外側前頭前野(以下 DLPFC)に対し、高頻度磁気刺激を 1 日 2 セッション、平日 10 日間で行う。

判定効果については、薬物療法の判定と同じく、HAM-D(Hamilton Rating Scale for depression)得点が 50%以上改善したものを有効とし、予後が 4 週以上の群においては、薬物療法と同等の 30%の有効率を、また予後 4 週以内の群においては、有効であったという報告が認められないため、有効例があれば有効とする。

(2) 20 歳以上 40 歳未満の健常成人 20 名を対象とした、DLPFC への tDCS が前頭葉機能に及ぼす影響を検討するための単盲検クロスオーバー偽刺激対照比較試験を行う。前頭葉機能の指標として言語的作業記憶課題である n-back 課題を用い、実刺激と偽刺激の順序はランダム化する。

Profile of Mood States(以下 POMS)による気分評価および十分な言語的作業記憶課題の

練習の後、左 DLPFC に対して tDCS 実刺激あるいは偽刺激を行う。tDCS 実刺激では、直流電流を 1mA、20 分間通電する。偽刺激では、5 秒間通電後、5 秒かけて漸減して通電終了し、そのまま 20 分間保つようにする。刺激直後に n-back 課題(実課題として 3-back 課題、コントロール課題として 0-back 課題)を 10 分間呈示し、その間、3 テスラ MRI を用いて機能的磁気共鳴画像(fMRI)を撮像する。その後再度 POMS を行い、有害事象を聴取する。

2 週間後、同様に POMS と課題練習を行った後、前回行わなかった方の刺激を行い、課題中の fMRI 撮像を行い、POMS と有害事象聴取を行う。

tDCS による n-back 課題施行時の成績および fMRI の BOLD 信号の変化を検討するために、以下の解析を行う。はじめに、tDCS 直後と偽刺激直後の課題成績を対応のある t 検定(あるいはウイルコクソンマッチドペア符号付き順位和検定)にて検定する。次に実課題時とコントロール課題時の BOLD 信号の差をブロックデザインにて、関心領域を全脳レベル、あるいは左 DLPFC に設定して、Statistical Parametric Mapping(SPM)法を用いて tDCS 実刺激直後と偽刺激直後で比較する。次に、刺激間における POMS の変化と上記 BOLD 信号変化を独立変数とし、刺激間における n-back 課題の成績の変化を従属変数とする重回帰分析を行い、POMS 変化を調整した後の課題成績の変化と BOLD 信号変化との関係を調べる。最後に tDCS 施行時と偽刺激施行時とで有害事象の種類および頻度を比較するため、生じた有害事象すべてについてマクネマー検定を行う。

(倫理面への配慮)

研究への参加は個人の自由意思によるものとし、研究に同意し参加した後でも随時撤回が可能であること、研究に参加しない場合でも何ら不利益は受けないこと、個人のプライバシーは遵守されることを開示文書にて示し説明する。調査中に生じる身体・精神的負担についてはできるだけ軽減するように努める。本研究は実施施設の倫理委員会にて審議を受け、研究実施計画の承認を得た後に実施する。参加者には開示文書を用いて研究の目的・内容に関して十分に説明し、参加者本人から文書にて同意を得られた後におこなわれる。

C. 研究結果