C. 研究結果

平成23年2月1日の時点で8名の調査が終了した。今後データを蓄積し、精神症状の術前評価や早期介入の仕方等について検討をすすめてゆく。

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、研究を進めて行きたい。

E. 結論

データの蓄積をすすめ、分析・検討を行ってゆく。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 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): 684-91, 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):531-9, 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): 647-54, 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): 380-5, 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): 159-62, 2011
7. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al: Kana Pick-out Test and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr, 23(4): 546-53, 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): 1233-7, 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ーその抑うつと自殺についてー. アディクションと家族, 27(4): 315-22, 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): 1057-62, 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): 42-5, 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: 142-52, 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): 1249-65, 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. 井上真一郎, 内富庸介, 他: 治療抵抗性統合失調症に対し clozapine を投与後、薬剤性の胸水、胸膜炎をきたし、投与中止・再投与開始後に好中球減少症がみられた 1 例. 臨床精神薬理, 14(12): 1983-89, 2011
22. 内富庸介: サイコオンコロジーの心身医学ー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, 175-82, 2011
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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, 23-8, 2011
27. 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, 80-6, 2011
28. 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　現代うつ病の輪郭ーいま求められる対応ー. 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. 矢野智宣, 内富庸介, 他: うつ病を伴う口腔灼熱感症候群に pregabalin が有効であった1例. 一般講演. 2011.11, 福岡
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

血液がん患者におけるうつ病の早期発見、早期介入に関する研究

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
（協力者　名古屋市立大学大学院医学研究科　奥山徹）

研究要旨　本研究では、我が国の血液がん患者における抑うつの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。名古屋市立大学病院に入院した、血液がんと新規に診断された患者を対象とし、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」（以下、DIT）の記入を依頼した。DIT の結果についてブラインドである面接者が、Composite International Diagnostic Interview(CIDI)に基づくうつ病の診断面接を行い、DIT によるうつ病患者のスクリーニング能力を統計学的に検討した。本年度は 6 名の患者より有効なデータを得た。

A. 研究目的

血液の悪性腫瘍には悪性リンパ腫、白血病、骨髄腫などが含まれる。わが国における年間新規罹患者数はそれぞれ約 17500 名、9000 名、5000 名であり、これらを合わせるとわが国におけるがん罹患者総数の約 5%に相当する。血液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。本研究では、我が国の血液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。

B. 研究方法

対象は、名古屋市立大学病院に入院となり、新規に病理学的に血液がんと診断された 20 歳以上、65 歳未満の患者とした。

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」の記入を依頼した。また共同研究施設である国立がん研究センターの面接者が、「つらさと支障の寒暖計」の結果についてブラインドの状態で Composite International Diagnostic Interview(CIDI)というつ病診断面接を行った。

「つらさと支障の寒暖計」によるうつ病診断を有する患者のスクリーニング能力を検討するために、「つらさの寒暖計」得点、「支障の寒暖計」得点を組み合わせた各スコアに関する感度及び特異度、ROC 曲線、層別尤度比などについて、統計学的に検討する。

（倫理面への配慮）

本研究は名古屋市立大学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た。

C. 研究結果

2011 年 11 月より実地調査を開始した。8 名の患者の適格性評価を行い、1 名が不適格、1 名が拒否であったため、本年度は 6 名より有効なデータを得た。

D. 考察

今後さらに症例を蓄積する予定である。

E. 結論

本研究によって、血液がん患者のうつ病に対するつらさと支障の寒暖計のスクリーニング能力が明らかにすることができる。

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. Akechi T, Morita T, et al: Dignity therapy-preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. Palliat Med, in press
2. Akechi T, Morita T, et al. Good death among elderly cancer patients in Japan based on perspectives of the general population. Journal of the American Geriatrics Society,

in press

3. Kinoshita K, Akechi T, et al. Not only body weight perception but also body mass index is relevant to suicidal ideation and self-harming behavior in Japanese adolescents Journal of Nervous and Mental Disease, in press
4. 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
5. 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
6. 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: 1233-1237, 2011
7. Furukawa T, Akechi T, et al: Strategic Use of New generation antidepressants for Depression: SUND study protocol. Trials 12: 116, 2011
8. 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
9. Akechi T, et al: Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients. Palliat Support Care 9:103-5, 2011
10. 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
11. Kinoshita Y, Akechi T, et al: Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. Schizophr Res 126:245-51, 2011
12. Sagawa R, Akechi T,et al: Case of intrathecal baclofen-induced psychotic symptoms. Psychiatry Clin Neurosci 65:300-1, 2011
13. 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
14. 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
15. 明智龍男：がん患者の精神医学的話題，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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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
23. 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ージメント．腫瘍内科 8:270-275，2011
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Inagaki A, Lee M, Sagawa R, Uchida M, Ito Y, Nakaguchi T: Competency to consent to initial chemotherapy among elderly patients with hematological malignancies, 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
6. Sagawa R, Koga K, Nimura T, Okuyama T, Uchida M, Aekchi T: The anger and its underlying factors in patients with cancer, 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
7. 山田光彦，古川壽亮，下寺信次，三木和平，明智龍男，渡辺範雄，稲垣正俊，米本直裕，高橋清久：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. 佐川竜一，古賀和子，丹村貴之，奥山徹，坂本雅樹，伊藤嘉規，足立珠美，前川有希，池田美絵，杉山洋介，明智龍男：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
11. 坂本雅樹，古賀和子，佐川竜一，丹村貴之，杉山洋介，奥山徹，明智龍男：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
12. 鳥井勝義，仲秋秀太郎，阪野公一，佐藤順子，村田佳江，辰巳寛，宮裕昭，山中克夫，成本迅，三村將，明智龍男，古川壽亮：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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
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

分担研究者：吉内一浩　東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学／医学部附属病院心療内科　准教授

研究要旨　がん患者は、終末期のみならず、治療の初期段階から抑うつ、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。対策として、早期に適切に精神症状緩和を導入することが必要であることが、がん対策推進基本計画の目標としても掲げられているが、実施は不十分であることが報告されている。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、精神症状を見過ごさずに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、未だ確立されていない。本研究では、既存の精神症状のスクリーニング法の検討を行い、それを用いた介入プログラムの作成およびその有用性の実証を行うとともに、症状の重症度を効率よく測定する新たなツールを作成する。

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。対策として、早期に適切に精神症状緩和を導入することが必要であることが、がん対策推進基本計画の目標としても掲げられているが、実施は不十分であることが報告されている。従って、本研究においては、早期に介入するためのスクリーニングツールである「つらさと支障の寒暖計」の妥当性を検討することを第一の目的とする。また、抑うつを効率よく評価するために、項目反応理論を用いたコンピューターによる適応型質問票(computerized adaptive test, CAT)の開発につながる項目プールを作成することを第二の目的とする。

B. 研究方法

既存の精神症状のスクリーニング法である「つらさと支障の寒暖計」を多施設共同研究の枠組みの中で行い、妥当性の検討をする。また、精神疾患の診断のための構造化面接である Composite International Diagnostic Interview (CIDI) を並行して実施し、「つらさと支障の寒暖計」の得点の層別化による層別尤度比の算出を行い、スクリーニングのためより実用的なツールとする。さらに欧米で頻用されている「PHQ-9(The Patient Health Questionnaire)」の妥当性検討を行い、つら

さと支障の寒暖計と、PHQ-9 の性能の比較を行う。対象は、終末期を除くがん患者で、がんの部位は問わない。

また、がん患者の抑うつの重症度を評価するために、項目反応理論を応用した CAT の開発を行う。現在必要な項目プールの作成を行うために、デルファイ法を用いて、主任研究者および分担研究者を中心としたエキスパートによる項目の選定を行い、62 個の項目からなる項目プールの候補が作成されている。

C. 結果

CIDI 実施のため、分担研究者の研究協力者 3 名が CIDI のトレーニングコースを修了した。

抑うつの重症度を測定するための新たな評価尺度開発のため、デルファイ法を用いて、主任研究者および分担研究者を中心としたエキスパートによる項目の選定を行った結果、62 個の項目からなる項目プールの候補が作成された。

そして、分担研究者らの施設においては、平成 23 年 12 月 19 日の研究倫理審査会で研究計画が承認され、平成 24 年 2 月から血液内科、呼吸器内科の協力を得て研究導入患者のリクルートを開始している。

D. 考察

うつ病はがん患者における自殺の最大の原因であり、治療の決断や中止など意思決定の問題をもたらし、家族全体の QOL の低下とも関連することが報告されている一方で、適切な薬物療法や精神療法により治癒可能な疾患である。しかし、精神保健を専門としない一般の医療者はうつ病を適切に評価することが難しいため、がん患者のうつ病は見逃されやすく、未治療のまま放置されることも多い。従って、うつ病を簡便にスクリーニングし、専門的介入へつなげることが重要であり、そのためのツールが必要となる。本研究においては、2 項目から構成される「つらさと支障の寒暖計」のスクリーニングツールとしての妥当性の検討を行うために、世界的に使用されている CIDI を外的基準として用いる予定であるが、この点は、本邦におけるがん患者を対象としたうつ病のスクリーニングツールとしては初めてのことであり、意義が大きいと考えられる。

また、プライマリ・ケアで一般的にみられるうつ病などの精神障害の診断補助ツールとして開発された PHQ-9 の我が国のがん患者における妥当性は未検討である。本検討を行うことにより、つらさと支障の寒暖計と、PHQ-9 の性能の比較が可能となり、両尺度の長所と短所を踏まえた使用指針が明らかになる。

さらに、スクリーニング後の抑うつの重症度や治療効果の評価に関して、従来使用されてきた既存の質問票では、天井効果や床効果によって適切に評価することが難しいという問題点が存在するが、これを克服するため、天井効果や床効果の影響を受けず、より少ない項目数により実施可能な、項目反応理論を応用した CAT による新しい抑うつの重症度評価の尺度開発のための項目プールを作成する。本邦では初めての研究であり、開発された評価法がこの分野に大きく寄与する。

E. 結論

本研究においては、より妥当性の高いがん患者におけるうつ病のスクリーニングツールを開発するとともに、新しい抑うつの重症度の評価票の開発を行う予定であり、この分野において大きな寄与が期待される。

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. Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Sawai M, Watanabe M. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. J Pain Symptom Manage 42:886-892, 2011
2. Yoshiuchi K, Akabayashi A. Japan's nuclear crisis. Lancet Oncology 12:724-725, 2011
3. 吉内一浩. がん医療における心身医学的アプローチ. 心身医学 51:687-691, 2011
4. 吉内一浩. がん医療における心のケアに関する現状と対処. Nursing BUSINESS 5:46-47, 2011

学会発表

1. Hachizuka M, Yoshiuchi K, Kikuchih H, Yamamoto Y, Iwase S, Nakagawa K, Kawagoe K, Akabayashi A. Associations between pain and psychosocial factors using a computerized ecological momentary assessment technique in home hospice cancer patients. 13th World Congress of Psycho-Oncology 2011.10.18 (Antalya, Turkey)
2. Miyazaki N, Yoshiuchi K, Takimoto Y, Inada S, Nannya Y, Kumano K, Takahashi T, Kurokawa M, Akabayashi A. The relationship between psychosocial factors and prognosis in patients with hematological malignancies after hematopoietic stem cell transplantation. 21st World Congress on Psychosomatic Medicine 2011.8.27 (Seoul, Korea)
3. 吉内一浩. Year in Review (サイコオンコロジー). 第 49 回日本癌治療学会 JSCO University「緩和医療」2011.10.27

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

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

研究分担者　松本　禎久　独立行政法人国立がん研究センター東病院
緩和医療科・精神腫瘍科　医員

研究要旨　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る。本研究では、包括的介入プログラムによる介入効果に関する無作為化試験を念頭においた実施可能性試験を行うことを目的とし、予備的に有用性も検討する。本研究における包括的介入プログラムとは、①簡便な質問票による専門的緩和ケアサービスの介入促進、②看護師を中心とした多種専門職による包括的な専門的緩和ケアサービスの介入とする。本年度は、プログラムのモデルを検討・構築し、本研究のプロトコール作成を行った。次年度より本研究による介入を開始する予定である。

A. 研究目的

進行肺がんに対する抗がん剤治療初期からの専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムによる介入効果に関する無作為化試験を念頭においた、実施可能性試験を行うことを目的とし、予備的に有用性も検討する。

B. 研究方法

本研究における介入プログラムとは、①簡便な質問票による専門的緩和ケアサービスの介入促進、②看護師を中心とした多種専門職による包括的な専門的緩和ケアサービスの介入とする。

非小細胞肺がん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（FACT-L、PHQ-9、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。現在および今後の病状や治療についての懸念事項に関する質問項目で陽性となった場合には、主治医および病棟看護師にフィードバックを行い、患者の希望がある場合には専門的な緩和ケアサービスが介入する。全ての項目で陰性であった場合には、専門的緩和ケアサービスの介入は行わないが、経過中に患者の希望または主治医からの依頼があった場合には、随時緩和ケアサービスの介入を開始する。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（または心理士）、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。緩和ケアチームの看護師および介入を開始した専門職の判断により、随時さらに他の専門職に相談を行い、必要時には更なる職種の介入を検討する。専門的緩和ケアサービスの介入が行われなかった症例には、化学療法 2 コース目以降の各コース開始前に再度簡便な質問票を記載し、陽性の場合には、化学療法 1 コース目と同様に専門的緩和ケアサービスの介入を開始する。専門的緩和ケアサービスの介入が一度行われた対象者は、最終調査まで介入を継続する。

介入期間は、化学療法ファーストライン終了までとし、FACT-L、HADS、PHQ-9 は初回介入時、化学療法の各コース施行前、介入終了時（ファーストライン終了後初回外来またはセカンドライン施行予定入院時）に対象者全員に記載していただく。

（倫理面への配慮）

本研究は、ヘルシンキ宣言および臨床研究に関する倫理指針に従って実施する。施設内倫理審査委員会の承認を得られた説明文書を用いて患者本人に十分に説明し、自発的同意を文書により取得する。データの取り扱いに関しては、直接個人が識別できる情報を用いず、データーベースのセキュリティーを確保し、個人情報の保護を厳守する。

C. 研究結果

今年度は、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、プロトコール作成を行い、該当施設の倫理審査委員会に提出した。

D. 考察

本研究による介入プログラムの開発および予備的な有用性の検証により、更なる介入研究が予定され、わが国に適した包括的な緩和ケアサービスの介入モデルを構築することが可能となると考えられる。

E. 結論

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を目的とし、本年度は専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムによる効果に関する研究のプロトコールを作成した。次年度より本研究による介入を開始する予定である。

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. 松本禎久，他：胆道・膵癌における緩和ケア．胆と膵　32：333-336，2011.
2. 松本禎久　：オピオイド③　オキシコドン．がん治療レクチャー　2：497-501，2011.
3. 松本禎久　：眠気が不快だと言われたらどうするか？．緩和ケア　21：128-131，2011.
4. 松本禎久．他：痛み止めの投与経路-最近の動向．Ｄｒｕｇ　Ｄｅｌｉｖｅｒｙ　Ｓｙｓｔｅｍ　26：476-479，2011.

学会発表

1. 松本禎久，他：難治性のがん疼痛に対して局所麻酔薬の間歇的投与による硬膜外鎮痛法を行った4症例．日本ペインクリニック学会第 45 回大会．一般演題．2011.7，松山
2. 池内彩，松本禎久，他：がん疼痛に経口オピオイドの定期内服を開始した患者の嘔気・嘔吐に対する制吐剤の使用実態．第16回日本緩和医療学会学術大会．一般演題．2011.7，札幌
3. 北條秀博，松本禎久，他：悪性腫瘍による血尿に対して 1%ミョウバン水の持続灌流療法が奏功し、在宅移行できた中等度腎障害の1例．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．一般演題．2011.7，札幌
4. 岩本義弘，松本禎久，他：がん患者の呼吸困難に対するオキシコドンの使用実態調査．第5回緩和医療薬学会．2011.9，千葉

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

外来化学療法患者の精神的合併症のスクリーニング法開発のための研究

研究分担者　森田　達也　聖隷三方原病院　緩和支持治療科
研究協力者　山口　崇　　手稲渓仁会病院　総合内科/感染症科・緩和ケアチーム

研究要旨　本研究の目的は、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変化とそれに対する身体症状の影響を明らかにすることである。地域がん診療拠点病院の一施設における外来化学療法患者 297 例を対象とし、初回および 2-3 週間後のフォローアップ評価時に 1）つらさの寒暖計　2）支障の寒暖計　3）7 つの身体症状の強度を自筆式の質問紙を用い調査した。外来化学療法患者では、初回評価時に適応障害・大うつ病を区別するつらさと支障の寒暖計の cut-off 値を上回っていた患者さんのうち約 45%で 2-3 週後のフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善した。初回評価時に強度が重度の身体症状を持たない患者集団での解析でも、約 70%の患者でフォローアップ評価時につらさと支障の寒暖計は cut-off 値以下へ改善していた。外来化学療法患者ではつらさと支障の寒暖計は系時的に変化するため、一時点の評価のみで陽性例のすべてを精神科へ紹介するのは精神的合併症の過剰なスクリーニングとなる可能性がある。今後は、外来化学療法患者における精神的合併症の適切なスクリーニングおよびモニタリング方法の開発が必要である。このほか、緩和ケアにおける理学所見をもとにした緩和ケアの紹介についての探索的な研究を行った。

A. 研究目的

がん患者の約半数で精神疾患を合併し、適応障害と大うつ病がその主なものであることが報告されている。近年外来化学療法を受ける患者は増加しており、精神疾患合併のスクリーニングを行うことは適切な対応による QoL 維持にとっても重要である。気持ちのつらさ寒暖計(DT)はがん患者における適応障害・大うつ病のスクリーニングツールとして信頼性・妥当性が証明されているが、外来化学療法患者では、その多くで系時的に数値が変化してしまうことが報告されている。

本研究の目的は、外来化学療法患者における精神疾患合併スクリーニングにおける気持のつらさと支障の寒暖計（DIT）の有用性を検討した。

B. 研究方法

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）つらさの寒暖計、2）支障の寒暖計、3）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。

DIT は、先行研究の結果より適応障害・大うつ病を合併する症例を区別するための cut-off 値を設定し、初回評価時に cut-off 値を上回った患者を同定し、2-3 週後のフォローアップ評価時に DIT の系時的変化を調査した。また、各身体症状は先行研究の結果を基に、中等度・重度の基準を設け、身体症状が DIT の変化へ与える影響を分析した。

（倫理面への配慮）

本研究は通常診療の一環として収集された質問票の解析である。研究にあたり、聖隷三方原病院　倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

研究実施期間中に 297 例の外来化学療法患者から初回およびフォローアップ評価時の質問票が回収された。

初回評価時に 109 例が適応障害または大うつ病を区別する cut-off 値を上回る DIT 値を示していたが、そのうち 46.8%がフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善していた。同様に初回評価時に大うつ病を区別する cut-off 値を上回る DIT 値を示していた 85 例のうち、43.5%がフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善していた。

また、いずれの cut-off 値を用いた場合も、フォローアップ評価時に引き続き DIT 値が cut-off 値を上回っている症例では、DIT 値が改善した症例よりも、ほとんどの症状の強度がフォローアップ時に有意に強いことが示された。

症状強度が DIT の系時変化へ与える影響を除去するため、初回評価時にいずれの症状も重度の症状強度を示さなかった集団のみで系時変化を追ったところ、いずれの cut-off 値に関しても、約 70%の例でフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善を示した。

D. 考察

今回の研究により、外来化学療法患者では DIT 値が比較的短い期間の中で系時的に変化することが示された。DIT 値の系時的変化に影響する因子として身体症状の影響が示唆されたが、その影響を取り除いた後でもやはり DIT 値は系時的に変化することが示された。以上のことより、外来化学療法患者における DIT の一時点における評価のみでは過剰なスクリーニング結果となってしまう可能性があり、陽性例の全例を精神科へ紹介するのは現実的ではないと考えられた。今後は外来化学療法患者における、DIT の適切なフォローアップ方法とそれを基にした適切な精神科への紹介を含めた適切な運用方法の開発が必要である。

E. 結論

外来化学療法患者において、つらさと支障の寒暖計の数値は系時的に変化する。外来化学療法患者における精神的合併症のスクリーニングおよびモニタリング方法における適切なつらさと支障の寒暖計使用法の開発が必要である。

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. Yoshida S, Morita T, et al: Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. J Pain Symptom Manage 41(3): 594-603, 2011.
2. 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.
3. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. Support Care Cancer 19(7): 929-933, 2011.
4. Matsuo N, Morita T, et al: Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: A nationwide survey. J Palliat Med 14(7): 840-845, 2011.
5. Hirai K, Morita T, et al: Public awareness, knowledge of availability, and readiness for ancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. J Palliat Med 14(8): 918-922, 2011.
6. Otani H, Morita T, et al: Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. Jpn J Clin Oncol 41(8): 999-1006, 2011.
7. 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(2): 309-314, 2011.
8. Morita T. Nutrition and hydration in palliative care: Japanese perspectives. Diet and Nutrition in Palliative Care. Edited by Victor R. Preedy, CRC, 105-119, 2011.
9. Kizawa Y, Morita T, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. Palliat Med. 2011 Sep 15. [Epub ahead of print]
10. Akiyama M, Morita T, et al: Knowledge, beliefs, and concerns about

opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. Support Care Cancer. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
11. Yamaguchi T, Morita T, et al: Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. J Pain Symptom Manage. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
12. Igarashi A, Morita T, et al: A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. J Pain Symptom Manage. 2011 Sep 23. [Epub ahead of print]
13. Komura K, Morita T, et al: Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. Palliat Med. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
14. 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4回「結果・考察」を書く. 緩和ケア 21(1): 55-60, 2011.
15. 井村千鶴, 森田達也, 他: がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア 21(1):102-107, 2011.
16. 森田達也: せん妄. 支持・緩和薬物療法マスター がん治療の副作用対策. 江口研二, 他（編）, メジカルビュー社, 146-148, 2011.
17. 厨芽衣子, 森田達也, 奥山徹, 他: 論文を読み、理解する—Early palliative care forpatients with metastatic non-small-cell lung cancer— 緩和ケア 21(2): 170-178, 2011.
18. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか？ 緩和ケア 21(2): 221-225, 2011.
19. 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）の経過と今後の課題. ホスピス緩和ケア白書 2011, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会（編), (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 24-41, 2011.
20. 杉浦宗敏, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査. 日本緩和医療薬学雑誌 4(1): 23-30, 2011.
21. 森田達也: 泌尿器系難治症状の緩和 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. 日本泌尿器科学会雑誌 102(2): 205, 2011.
22. 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—浜松地域のあゆみと今後の課題—. 大阪保険医雑誌 39(533): 10-17, 2011.
23. 井村千鶴, 森田達也, 他: 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. 緩和ケア 21(3): 335-342, 2011.
24. 森田達也, 他: 特集 がん疼痛治療の最新情報 早期緩和ケア導入によるがん治療の影響と効果. Progress in Medicine 31(5): 1189-1193, 2011.
25. 高田知季, 森田達也, 他: 基幹病院における緩和医療. 麻酔科医出身のペインクリニシャンが関わる緩和医療. ペインクリニック 32(6): 845-856, 2011.
26. 清原恵美, 森田達也, 他: 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価—. 死の臨床 34(1): 110-115, 2011.
27. 森田達也, 他: 〈秘伝〉臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ. 青海社, 2011.
28. 森田達也, 他: 臨床現場が必要とする緩和ケアを提供するために院内外“ゆるやかなネットワーク”づくりに力を注ぐ. Watches 5: 7-9, 2011.
29. 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）. がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版. 金原出版, 2011.
30. 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）. がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版. 金原出版, 2011.
31. 山岸暁美, 森田達也, 他: 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か？－多地域多職種を対象とした質的研究. 緩和ケア 21(4):

443-448, 2011.

32. 小田切拓也, 森田達也: Ⅲ. ケアの実際 Q24. 予後予測. 特集 やさしく学べる 最新緩和医療 Q&A. 江口研二, 他 (編集). がん治療レクチャー 2(3): 589-593, 2011.

33. 森田達也, 他: 第Ⅱ部 がん疼痛ガイドラインについてのわたしの本音 1. がん疼痛ガイドラインを現場ではこう実践しています【医師編】. 解説 がん疼痛ガイドライン－現場で活きるわたしの工夫－. 緩和ケア 21(8月増刊号): 154-174, 2011.

34. 森田達也: ガイドラインを読むために知っておきたい臨床疫学の知識 2. 緩和ケア領域の臨床研究の読み方. 解説 がん疼痛ガイドライン－現場で活きるわたしの工夫－. 緩和ケア 21(8月増刊号): 191-192, 2011.

35. 森田達也: 臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方－がん緩和ケアではこうする－. 青海社, 2011.

36. 末田千恵, 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: 4,188 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. ペインクリニック 32(8): 1215-1222, 2011.

37. 村上敏史, 森田達也, 他: がん疼痛ガイドラインの分かりやすい解説と枚ルール オピオイドの導入の仕方 オピオイドを投与する時に何をどう選ぶか?. 緩和ケア 21(8月増刊): 25-35, 2011.

38. 森田達也, 他: 多施設との医療連携の現状: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) 浜松地域のあゆみと今後の課題. 最新精神医学 16(5): 563-572, 2011.

39. 井村千鶴, 森田達也, 他: 在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価. 緩和ケア 21(5): 533-541, 2011.

40. 鈴木留美, 森田達也, 他: 「生活のしやすさ質問票 第 3 版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニードおよび専門サービス相談希望の調査. 緩和ケア 21(5): 542-548, 2011.

41. 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疼痛の原因と転帰. ペインクリニック 32(9): 1423-1426, 2011.

42. 鄭陽, 森田達也, 他: 難治性の膀胱症状に対して上下腹神経叢ブロックが有効であった一症例. 日本ペインクリニック学会誌 18(4): 404, 2011.

43. 川口知香, 森田達也, 他: 呼吸器内科病棟における肺癌患者の呼吸困難に対するケアの現状. 日本癌治療学会誌 46(2): 890, 2011.

44. 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.

45. 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.

46. 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「オプティマイズ＝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.

47. 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.

48. 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.

49. 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.

50. 森田達也: グッドデス概念って何?. 緩和ケア 21(6): 632-635, 2011.

51. 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.

52. 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.

学会発表

1. 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

2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
9. 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
10. 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変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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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
23. 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

24. 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

25. 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

26. 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

27. 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

特記すべきことはなし。

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　小川　朝生　独立行政法人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　心理社会科学室長

研究要旨　がん患者における抑うつは高い有病率にも関わらず見過ごされやすく，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。しかし、スクリーニングツールにおいては、サンプルバイアスの問題と、ゴールドスタンダードが臨床診断である問題が指摘されてきたため、今回多施設（国立がん研究センター中央病院および東病院、岡山大学病院、東京大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院）共同研究を行い、大規模なサンプルを用いることによって、性能について再評価を行うことを計画した。倫理審査委員会の承認を得て、準備が整い次第実施する予定である。

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，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”を臨床導入している。しかし、スクリーニングツールにおいては、サンプルバイアスの問題と、ゴールドスタンダードが臨床診断である問題が指摘されている。

今回、上記問題を克服するために、多施設（国立がん研究センター中央病院および東病院、岡山大学病院、東京大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院）共同研究を行い、大規模なサンプルを用いることによって、「つらさと支障の寒暖計」の性能について再評価を行うことを目的としている。

B. 研究方法

本年度は，研究目的を達成するために、多施設共同研究のプロトコールを検討した。

【目的】

がん患者のうつ病の簡易評価尺度である「つらさと支障の寒暖計」の妥当性を検討する。

【対象】

以下を満たす患者を対象とする。

(1)がんの診断が臨床的もしくは組織学的に確認されている患者。

(2)研究に参加する医療機関を受診している患者。

(3)がんの診断後から、根治あるいは生命予後の改善を目指した積極的抗がん治療が中止される前までの患者。

(4)PS（ECOGの基準による）0～2の患者。

【評価項目】

(1)医学的社会的患者背景

(2)つらさと支障の寒暖計（DIT：Distress and Impact Thermometer）

がん患者のつらさをスクリーニングするための自己記入式質問票である。

(3)日本語版MDアンダーソンがんセンター版症状評価法

（MDASI：M.D. Anderson Symptom Inventory）

(4)精神保健専門家受診希望の有無に関する質問

(5)CAT 作成のための予備尺度
(6)WHO-統合国際診断面接（CIDI：Component International Diagnostic Interview）
WHO が開発した一般住民を対象とした精神障害に関する疫学研究を実施する構造化面接である。従来の紙面調査法（PAPI：paper and pencil）に加え、電子化されたコンピューター版（CAPI：Computer Assisted Personal Interviewing）がり、精神保健医療にたずさわったことのないスタッフでも実施が可能である。今回はCAPI の気分障害モジュール（大うつ病性障害と気分変調性障害からなる）をがん患者向けに修正し、大うつ病および小うつ病性障害の診断を可能となる変法を採用する。

【症例数】
(1)目標症例数　1200 例。

【研究期間】
４年間

【評価項目】
1. 主要評価項目
「つらさと支障の寒暖計」の信頼性・妥当性

2. 副次評価項目
(1)性別、PS の各 status、疼痛、嘔気、呼吸困難の有無によるカットオフ値への影響
(2)CAT 作成のための予備尺度の信頼性・妥当性

（倫理面への配慮）
本研究は疫学研究に関する倫理指針を遵守する。研究は、倫理審査委員会の承認を受けた後におこなう。登録に先立って、説明文書用いて研究についての説明を行った後、患者より文書にて同意を得る。

C. 研究結果
本研究のプロトコールを作成し、中央病院緩和医療科・精神腫瘍科と共同で、倫理審査委員会に申請し、承認を得た。
東病院内にて実施するに際して、東病院精神腫瘍科のコンサルテーションデータを用いて、サンプリングする対象を検討した。東病院支持療法チームに 2011 年に出された依頼は 839 件で、そのうち精神症状緩和の依頼は 666 件であった。依頼の精神医学的診断分類は、適応障害 48 件(7%)、大うつ病 17 件(3%)、せん妄 291 件(44%)、認知症 28 件(4%)、診断なし 109 件(16%)であった。また、支持療法チーム全体の依頼を通しても、抑うつ症状が NRS で 4 以上を満たす症例は 839 件中 21 件(3%)に留まった。精神症状に対するスタッフの認知の問題は存在するが、入院患者における抑うつ症状の依頼件数は減少しており、評価尺度の妥当性を検証する対象としては、診断者数が少ないために適切でない可能性が高かった。実施する場所やタイミングの調整が必要であるが、外来を中心に症例を集積することを検討することとした。

D. 考察
今後臨床データに基づき、実施に向けての体制を整える予定である。

E. 結論
がん患者における抑うつは高い有病率にも関わらず見過ごされやすく，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。しかし、スクリーニングツールにおいては、サンプルバイアスの問題と、ゴールドスタンダードが臨床診断である問題が指摘されてきたため、今回多施設（国立がん研究センター中央病院および東病院、岡山大学病院、東京大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院）共同研究を行い、大規模なサンプルを用いることによって、性能について再評価を行うことを計画した。倫理審査委員会の承認を得て、実施する準備に入った。

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（英語論文）
1. 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, 2011, 20(6): 647-654
2. Ogawa, A., Shimizu, K., Uchitomi, Y., et

al, Availability of Psychiatric Consultation-Liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals, Jpn J Clin Oncol, : 2011, [Epub ahead of print]

3. Ueyama,E., Ogawa,A., et al, Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats. Psychiatry Clin Neurosci ,2011,65: 77-81
4. 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, [Epub ahead of print]

論文発表（日本語論文）

1. 小川朝生, (Q)transcranial magnetic stimulation(TMS)の実施状況. 日本医事新報, 2011,55-56
2. 小川朝生, 「怒る」患者ー隠れているせん妄をみつける. 看護技術, 2011, 57: 70-73
3. 小川朝生, せん妄を家族に説明する. 看護技術 , 2011, 57: 172-175
4. 小川朝生, せん妄と認知症の症状の見分け方. 看護技術,2011,57: 250-253
5. 小川朝生, レスキューが効かない痛み. 看護技術, 2011, 57: 337-340
6. 小川朝生, せん妄患者への声のかけ方. 看護技術 ,2011, 57: 565-568
7. 小川朝生, あなたみたいな若い人にはわからないわよ. 看護技術, 2011, 57: 668-671
8. 小川朝生, 患者だけではなく家族も不安. 看護技術, 2011, 57: 741-744
9. 小川朝生, 告知の後に患者さんが泣いています. 看護技術, 2011, 57: 846-849
10. 小川朝生, 傾聴で解決できること、できないこと. 看護技術, 2011, 57: 932-935
11. 小川朝生, 予期悲嘆は起こさなければならないのか. 看護技術, 2011, 57: 1023-1025
12. 小川朝生, 患者さんのことを主治医に相談しても話になりません. 看護技術, 2011, 57: 1252-1255
13. 小川朝生, あなたは大丈夫？. 看護技術 , 2011, 57: 1356-1359
14. 小川朝生, 終末期がん患者における精神刺激薬の使用. 精神科治療学, 2011, 26: 857-864
15. 小川朝生, SHAREを用いた化学療法中止の伝え方. がん患者ケア, 2011, 5: 3-7
16. 小川朝生, 新しい向精神薬を活用する. 緩和ケア, 2011, 21: 606-610
17. 小川朝生, がん患者における医療用麻薬および向精神薬の実態調査. 医療薬学 , 2011, 37: 437-441
18. 小川朝生, ガイドラインの分かりやすい解説. 緩和ケア, 2011, 21: 132-133
19. 小川朝生, 臨床への適用と私の使い方. 緩和ケア, 2011, 21: 134-135
20. 小川朝生, 特集にあたって. レジデントノート, 2011, 13: 1194-1195
21. 小川朝生, 入院患者の不眠とせん妄を鑑別するポイントを教えてください. レジデントノート, 2011, 13: 1215-1219
22. 小川朝生, 統合失調症. 看護学生,2011,58:26-30
23. 小川朝生, がん専門病院の立場から. 外来精神医療,2011,11:17-19
24. 小川朝生, 家族の心理状態について. ホスピスケア,2011,22:30-55
25. 小川朝生, 平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会. Medical Tribune, 2011, 44: 22
26. 小川朝生, Cancer-brain とうつ病. Depression Frontier 9: 85-92, 2011

学会発表

1. 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
2. 小川朝生, 精神腫瘍学の見地からー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
3. 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
4. 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