

- Antidepressant-naive Major Depression After Lung Cancer Diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, 41(10): 1233-7, 2011
31. 内富庸介: がんを抱えたときの心構え. おかやま ころの健康, 53: 4-13, 2011
  32. 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
  33. 内富庸介: プラタナス. 週刊日本医事新報, 4545: 1, 2011
  34. 内富庸介: 市民公開講座 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): 315-22, 2011
  35. 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
  36. 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
  37. 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
  38. 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
  39. 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
  40. 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
  41. 内富庸介: 特集: 災害とうつ病およびその関連疾患 特集にあたって～東日本大震災からの復興のために～. *Depression frontier*, 9(2): 7-10, 2011
  42. 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): 1983-9, 2011
  43. 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, 175-82, 2011
  44. 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
  45. 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, 小川朝生(編), 文光堂, 9-16, 2011
  46. 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, 小川朝生(編), 文光堂, 17-22, 2011
  47. 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, 小川朝生(編), 文光堂, 23-8, 2011
  48. 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
  49. 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
  50. Akechi T, Morita T, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc*, 60(2):271-6, 2012
  51. Terada S, Uchitomi Y: School refusal by patients with gender identity disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 34(3):299-303, 2012

52. Takeda N, Uchitomi Y, et al : Creutzfeldt-Jakob disease with the M232R mutation in the prion protein gene in two cases showing different courses: a clinicopathological study. *J Neurol Sci*, 15;312(1-2):108-16, 2012
53. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*, 23(8) : 1973-9, 2012
54. Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al : Stress and survival after cancer: a prospective study of a Finnish population-based cohort. *Cancer Epidemiol*, 36(2):230-5, 2012
55. Oshima E, Uchitomi Y, et al : Frontal assessment battery and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 24(6):994-1001, 2012
56. 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*, 42(1):42-52, 2012
57. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical Counseling at a Cancer Center. *Jpn J Clin Oncol*, 42(6):506-512, 2012
58. Asai M, Uchitomi Y, et al : Psychological states and coping strategies after bereavement among spouses of cancer patients: a quantitative study in Japan. *Support Care Cancer*, 20(12):3189-203, 2012
59. Yoshida, H. Uchitomi Y, et al: Validation of the revised Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) for detecting mild cognitive impairment and dementia in a Japanese population. *Int Psychogeriatr*, 24(1): 28-37, 2012
60. Inoue S, Uchitomi Y, et al: A case of adult-onset adrenoleukodystrophy with frontal lobe dysfunction: a novel point mutation in the ABCD1 gene. *Intern Med*, 51(11):1403-6, 2012
61. Yamaguchi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 43(6): 1001-12, 2012
62. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al : Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology*. 2012. in press
63. 矢野智宣, 内富庸介: 周術期のせん妄の診断と治療術前からリスク因子に対応し、必要に応じて薬物治療を. *Life Support and Anesthesia*, 19(2): 144-148, 2012
64. 藤原雅樹, 内富庸介, 他: うつ状態に対する lamotrigine の急性効果の検討. *臨床精神薬理*, 15(4): 551-559, 2012
65. 内富庸介: がん患者の抑うつと薬物治療. *臨床精神薬理*, 15(7): 1135-1143, 2012
66. 内富庸介: がん医療においてサイコオンコロジスト築いてほしい心のケア体制. *CLINICIAN*, 59: 26-32, 2012
69. 内富庸介: がん医療におけるコミュニケーションスキル. *造血細胞移植*, 24:2-3, 2012
70. 内富庸介: 新規抗うつ薬. *CLINICIAN*, 59(8): 14-17, 2012
71. 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. *精神医学*, 54(6): 621-623, 2012
72. 内富庸介: がん患者の意思決定を支援する. *Nurshing Today*, 27(5): 50-53, 2012
73. 内富庸介: 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル SHARE プロトコル. *PSYCHIATRIST*, 17: 5-22, 2012
74. 井上真一郎, 内富庸介: B. サイコオンコロジー. *乳腺腫瘍学*. 日本乳癌学会(編), 金原出版株式会社, 325-330, 2012.
75. 内富庸介: サイコオンコロジー領域における抗うつ薬の役割. *Depression Strategy うつ病治療の新たなストラテジー*. 小山司/監修, 先端医学社, 7-12, 2012.
76. 井上真一郎, 内富庸介: ⑥緩和医療におけ

- るせん妄症例 B. 病棟・ICU で出会うせん妄に診かた. 八田耕太郎, 岸泰宏(編), 中外医学社, 153-167, 2012
77. 寺田整司, 内富庸介: 認知症を伴う糖尿病性腎症患者のケーススタディ. 糖尿病×CKD 診療ガイド Q&A. 榎野博史(編), 南山堂, 167-168, 2012.
78. 小川朝生/内富庸介(編): 精神腫瘍学クリニックのエッセンス. 日本総合病院精神医学会がん対策委員会(監修), 創造出版, 1-333, 2012.
- 学会発表
1. 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. 一般演題. 2010. 6, 東京
  2. 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. 一般演題. 2010. 6, 北海道
  3. 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. 一般演題. 2010. 9, 岡山
  4. Uchitomi Y: Development of Psycho-oncology in Japan. 70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 2011. 10, Japan
  5. 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
  6. 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
  7. 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
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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
  13. 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
  14. 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
  15. 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
  16. 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
  17. 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
  18. 内富庸介: 患者意向を重視したコミュニケーション技術研修(SHARE): 5 年間の軌跡, 第 10 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012. 7, 演者
  19. 白井由紀, 内富庸介: 治療を決める際のがん患者質問促進パンフレットの有用性について, 第 10 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012. 7,
  20. 内富庸介: がん患者とのコミュニケーションを多職種で支える～チーム医療の新たなアプローチ～, 第 50 回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2012. 10, 座長
  21. 内富庸介: 脳腫瘍患者・家族への心の支援: 精神腫瘍学の立場から, 第 30 回日本脳腫瘍学会学術集会, 広島, 2012. 11, 教育セミナー
  22. 内富庸介: 統合失調症: 脳・生活・思春期発達の交点, 第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012. 11. 15, 座長

23. 大林芳明、流王雄太、高木学、高橋茂、内富庸介：うつ病患者に投与した mirtazapine がアカシジアを引き起こした 2 症例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 15，一般演題
24. 板倉久和、藤原雅樹、児玉匡史、大澤和宏、光井祐子、千田真友子、酒本真次、岡部伸幸、内富庸介：緊張状態を呈し、たこつぼ型心筋症を発症した Parkinson 病の一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 15，一般演題
25. 馬庭真理子、河田敏明、藤原雅樹、小田幸治、高木学、内富庸介：左後頭葉術後に出現した器質性精神障害に対してパリペリドンが有効であった一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 16，一般演題
26. 千田真由子、松本洋輔、水木寛、高木学、岡部伸幸、内富庸介：非けいれん性てんかん発作重積を呈した一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 16，一般演題
27. 井上真一郎、土山璃沙、馬場華奈己、矢野智宣、小田幸治、岡部伸幸、寺田整司、内富庸介：精神科医によりせん妄と診断された患者における身体科医からの紹介病名についての検討，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 16，一般演題
28. 小田幸治、土山璃沙、馬場華奈己、矢野智宣、井上真一郎、岡部伸幸、寺田整司、内富庸介：岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定および運用方法について，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 16，一般演題
29. 光井祐子、藤原雅樹、岡久祐子、児玉匡史、岡部伸幸、内富庸介：遷延した意識障害が体重増加と共に改善した神経性無食欲症の一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012. 11. 16，一般演題
30. 内富庸介：精神腫瘍学，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 11，座長
31. 内富庸介：精神腫瘍学，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 11，座長
32. 内富庸介：がん患者の心のケア～精神医学と心理学の配合加減～，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 11，座長
33. 内富庸介：英語論文を査読するときのポイント，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 12. 1，演者
34. 内富庸介：抗うつ薬の反応予測，そして奏効しない際の次の一手は，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 12，座長
35. 馬場華奈己，内富庸介，他：岡山大学病院における術後せん妄対策の実際－週術期管理センター連携モデル－，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 11，ポスター
36. 小田幸治，内富庸介，他：岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定及び運用方法について，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 11，ポスター
37. 清水研，明智龍男，小川朝生，内富庸介，他：肺がん患者に合併する抑うつ危険因子について：身体・心理・社会面の包括的検討，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012. 11，ポスター
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得  
なし。
  2. 実用新案登録  
なし。
  3. その他  
なし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）分担研究報告書

高齢がん患者のリハビリテーションに関する研究

研究分担者 岡村 仁 広島大学大学院医歯薬保健学研究院

研究要旨 高齢がん患者の相応しい治療選択に資するため、意思決定能力の関連要因とされる認知機能低下、その中でも特に高齢がん患者への影響が強く指摘されている前頭葉機能に焦点を当て、まず高齢がん患者の認知機能評価としての Frontal assessment battery (FAB) の臨床的有用性を検討し、次いで、高齢がん患者の認知機能低下に対する速度フィードバック療法の有効性を FAB を主要エンドポイントとした無作為化比較試験により検証した。その結果、FAB は教育年数の影響を受けず高齢がん患者の認知機能低下や日常生活の状況をよく反映したことから、臨床的有用性が高いと考えられた。また、介入により FAB 得点変化において介入群と対照群の間に有意差が見られたことから、速度フィードバック療法は高齢がん患者に対して安全に実施でき、前頭葉を中心とした認知機能の改善に有効であることが示唆された。

A. 研究目的

高齢がん患者の意思決定能力に影響する大きな要因として、認知機能障害があげられる。しかし、がん患者の認知機能障害には様々な要因があり、その評価は難しいともいわれている。本研究は、高齢がん患者の認知機能障害を評価する手段を検討するとともに、認知機能障害を改善し、高齢がん患者を適切な意思決定に導くためのリハビリテーションシステムを構築することを目指した。そのために、まず高齢がん患者の認知機能の評価するうえで、frontal assessment battery at bedside (FAB) の臨床的有用性を検討した。次いで、我々が現在開発を進めている高齢者の認知機能改善を目指したリハビリテーションシステム「速度フィードバック療法」を高齢がん患者に適用し、FAB を用いて、無作為化比較試験によりその有効性を検証することを試みた。

B. 研究方法

【FAB の有用性の検討】

1) 対象者

広島大学病院を受診している 65 歳以上の患者のうち、過去 3 年以内に、乳がん、前立腺がん、胃がん、大腸がん、肺がんに対する

治療を受けたことがある、または、現在も受けている患者を対象とした。ただし、全身状態が重篤で 30 分程度の面接に耐えられない患者、せん妄などの意識障害の認められる患者、うつ病や適応障害など精神的治療が必要だと主治医が判断した患者、全脳照射を受けた経験のある患者は除外した。

2) 調査方法

参加者の社会人口学的情報及び医学的情報については、評価実施後にカルテより情報収集した。認知機能評価としては、日本語版 Mini-Mental State Examination (MMSE) と日本語版 Frontal assessment battery at bedside (FAB) を実施した。ADL 評価としては Barthel Index (BI) を、IADL 評価としては、Lawton と Brody が開発した Instrumental Activities of Daily Living の日本語版 (IADL-J) を使用した。

3) 統計学的解析

すべての尺度の総得点が正規分布していなかったため、各尺度間の相関関係は、Spearman-rank correlation coefficient によって検討した。FAB の総得点と、MMSE および ADL、IADL との関係については、FAB 総得

点により参加者を 2 群に分け、それらを Mann-Whitney U test で比較することで検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、広島大学疫学調査研究倫理審査委員会の承認を得た後に実施した。

#### 【速度フィードバック療法の有効性の検討】

##### 1) 対象者

対象者は、広島大学病院に通院している乳がん、または前立腺がん患者で、同意取得時の年齢が 65 歳以上であり Performance Status が 0 または 1 であり、歩行が自立しているものとした。骨転移が認められるものや、全脳照射を受けたことがあるもの、心疾患や呼吸器疾患により内科的リスク管理が必要なものや、整形外科的疾患や中枢神経麻痺によりエルゴメーター駆動能力に支障をきたすものは除外した。

##### 2) 介入方法

介入群に対する介入方法として、ミルゴメーター<sup>®</sup>を用いた速度フィードバック療法を実施した。ミルゴメーター<sup>®</sup>とは、自転車エルゴメーターと PC とを接続したトレーニングマシンで、実施者は PC 画面で指示された駆動速度に従ってエルゴメーターを駆動するものである。本研究では、運動負荷 20watt で最高回転数 80rpm に設定し、1 回あたりの駆動時間を 5 分間とした。これを週 1 回で 4 週間、合計 4 回実施した。速度フィードバック療法終了前後には、バイタルチェックと健康状態の確認を行った。

対照群については、普段通りに 4 週間過ごすよう依頼した。

##### 3) 評価項目と評価時期

社会医学的項目として、年齢、性別、教育年数、がんの原発部位、診断日、治療歴、既往歴を調査した。認知機能評価として、高齢がん患者の認知機能評価としての有用性が報告されている Frontal Assessment Battery (FAB) を実施した。日常生活活動能力評価として Barthel Index (BI)、Lawton と Brody の Instrumental Activities of Daily Living (IADL) を、感情状態尺度として Hospital

Anxiety and Depression Scale (HADS) を、倦怠感尺度として Cancer Fatigue Scale (CFS) を、QOL 尺度として Functional Assessment of Cancer Therapy-General ver.4 (FACT-G) を実施した。

##### 5) 統計学的解析

各評価尺度間の相関関係について検討するために、正規性の検定を行った後に Spearman-rank correlation coefficient を評価した。更に、ベースラインにおける対象者の背景などの変数や、各評価尺度得点について両群間の比較を行うために Mann-Whitney U-test あるいは  $\chi^2$ -test を行った。また、ベースライン時、終了時の各評価尺度得点変化における両群間の差を検討するため、各評価尺度の得点を従属変数とした二元配置 (対応のある因子と対応のない因子) の分散分析を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は広島大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得た後に実施した。

#### C. 研究結果

##### 【FAB の有用性の検討】

本研究への参加者の平均年齢は 73.8 歳で、男性 30 名、女性 24 名であった。各評価間の関連では、FAB と MMSE との間に有意な相関が見られた ( $r=0.283$ ,  $p=0.038$ )。また、FAB と IADL ( $r=0.452$ ,  $p<0.001$ )、および MMSE と IADL ( $r=0.395$ ,  $p=0.003$ ) にも有意な相関が見られた。FAB は年齢と負の相関が見られたのに対し ( $r=-0.307$ ,  $p=0.024$ )、MMSE は教育年数と相関が見られた ( $r=0.320$ ,  $p=0.039$ )。BI はいずれの認知機能評価とも有意な相関は見られなかった。

FAB の総得点により参加者を 2 群に分けて、群間比較を行った。FAB 総得点を 16/17 点で 2 群に分けた場合、MMSE 総得点に有意差は見られなかったが、IADL 総得点に有意差が見られた ( $p=0.014$ )。更に、MMSE の下位項目である時間見当識 ( $p=0.049$ ) と記憶の再生 ( $p=0.046$ )、IADL の下位項目である電話の使用 ( $p=0.018$ ) と買い物 ( $p=0.035$ ) で有意な差が見られた。

#### 【速度フィードバック療法の有効性の検討】

同意が得られた 80 名に対して無作為割り付けを行ったところ、介入群 38 名と対照群 42 名に割り付けられた。対照群においてはその後、ベースラインから終了時評価までの 4 週間に、状態悪化により 1 名、家族の反対により 1 名が脱落したため、最終評価対象者は 40 名となった。介入群においては脱落した者がいなかったため、最終評価対象者は 38 名となった。

各評価尺度の得点について二元配置分散分析を行った結果、FAB 得点についてのみ交互作用 ( $p=0.006$ ,  $\text{partial } \eta^2=0.094$ )、主効果 (時間:  $p<0.001$ ,  $\text{partial } \eta^2=0.247$ ・グループ:  $p=0.003$ ,  $\text{partial } \eta^2=0.109$ ) とともに 2 群間に有意差が見られた。しかし、その他の評価尺度および各尺度の下位項目については、いずれも 2 群間に有意差は認められなかった。

#### D. 考察

##### 【FAB の有用性の検討】

認知症の場合、MMSE のカットオフポイントは 23/24 点、FAB のカットオフポイントが 9/10 点とされているのに対し、本研究参加者の MMSE 平均が 27.2 点、FAB 平均が 14.7 点であったことから考えると、参加者の認知機能は比較的高かったとすることができる。しかしこの場合においても FAB は、MMSE と有意な相関がみられ、2 群比較でも MMSE あるいはその下位項目に有意な差がみられた。また、FAB は教育年数との相関がみられず、教育歴の影響を受けないことが明らかになった。これらの結果より、FAB は高齢がん患者の認知機能の評価するうえで妥当な尺度であり、認知機能低下をより敏感に捉えることができると考えられた。また IADL との関連について、FAB は IADL 総得点と比較的強い相関を示し、FAB 総得点による 2 群比較でも IADL の総得点といくつかの下位項目で有意差が見られた。このことから FAB は、高齢がん患者の日常生活の状況をよく反映すると考えられた。

以上のことから FAB は、通常は認知機能低下とは見なされないわずかな認知機能低下や、それに伴う日常生活での能力障害を、敏感に捉えることが可能であることが示唆された。加えて FAB は、特別な検査道具を必要とせず、

5 分程度の短時間で対象者の抵抗感なく実施することが可能であることから、高齢がん患者の認知機能の評価するうえで、臨床的有用性が非常に高いと考えられた。

##### 【速度フィードバック療法の有効性の検討】

高齢がん患者に対する速度フィードバック療法の有効性について無作為化比較試験を用いて検討した結果、FAB の得点変化において介入群と対照群との間に有意差が認められた。このことより、速度フィードバック療法は、高齢がん患者の FAB 得点で示される認知機能の改善に有効であることが示唆された。

速度フィードバック療法がどのような機序で認知機能改善をもたらすのかについて Ootani らは、注意の持続と集中を促すことが対象者の注意機能向上をもたらす、認知機能向上につながったと推論している。Rowe は、運動注意課題時の脳活動を fMRI で測定したところ、運動注意課題時の脳活動は運動課題時より有意に増大したと報告しており、注意持続の要素を含む速度フィードバック療法は高齢がん患者の認知機能改善にも有効であったと思われる。また化学療法による脳への影響を研究している Winocur らは、注意に焦点を当てたりハビリテーションによって高齢がん患者に見られる認知機能の低下が回復する可能性があるとして述べており、これは速度フィードバック療法が持つ注意持続という要素が高齢がん患者の認知機能改善をもたらしたとする今回の仮説を支持するものである。

しかし一方で、今回の研究では IADL、CFS、HADS、FACT-G については有効性が示されなかった。この要因のひとつとして考えられるのが、対象症例数の問題である。本研究では、FAB の得点変化を基にサンプルサイズを算出したために、その他の評価尺度において有意差が検出されるにはサンプルサイズが不十分であった可能性がある。また、もうひとつの要因として、対象者の機能状態が比較的良好であったことが考えられる。本研究では、対象者の機能レベルを PSI 以上としたため、ベースラインにおける BI と IADL の平均は 99.87 (SD 1.13) と 9.35 (SD 1.34) と、ほぼ満点であった。そのため、天井効果が働き、有意な変化が見られなかったものと考えられる。

## E. 結論

本研究により、

- 1) 高齢がん患者の認知機能を評価する手段として FAB の臨床的有用性が示唆された。
- 2) 速度フィードバック療法は高齢がん患者に対しても安全に実施できることが示された。
- 3) 高齢がん患者の認知機能改善に速度フィードバック療法が有効であることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

### 論文発表

1. Funaki Y, Okamura H, et al: Effect of exercise on a speed feedback therapy system in elderly persons. *Phys Occup Ther Geriatr* 28: 131-143, 2010
2. 繁本 梢, 岡村 仁: リハビリテーション部門における遺族ケア. *臨床看護 臨時増刊号* 36: 567-572, 2010
3. 繁本 梢, 岡村 仁: がんサバイバーシップのリハビリテーション. *腫瘍内科* 5: 151-155, 2010
4. Okamura H: Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Jpn J Clin Oncol* 41: 733-738, 2011
5. Ohnishi N, Okamura H, et al: Relationships between roles and mental states and role functional QOL in breast cancer outpatients. *Jpn J Clin Oncol* 41: 1112-1118, 2011
6. 三木恵美, 岡村 仁, 他: 末期がん患者に対する作業療法士の関わり～作業療法士の語りの質的内容分析～. *作業療法* 30: 284-294, 2011
7. Abe K, Okamura H, et al: Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. *J Palliat Care Med* 2:131. doi:10.4172/2165-7386.1000131, 2012
8. Miki E, Okamura H, et al: Clinical usefulness of the Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) for elderly

cancer patients. *Support Care Cancer* (in press)

9. 岡村 仁: がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケア: 心のケアとリハビリテーション. *MEDICAL REHABILITATION* 140: 37-41, 2012
10. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーション: 心のケアとリハビリテーション. *がん看護* 17: 751-753, 2012

### 学会発表

1. 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, 名古屋市
2. 岡村 仁: リハビリテーションにおける心のケアの重要性. シンポジウム 3. リハビリテーションとこころのケア. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012年9月21日. 福岡市.
3. 岡村 仁: 特別講演. がん患者に対するリハビリテーション. 第30回日本リハビリテーション医学会 中国・四国地方会. 2012年12月2日. 広島市.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）分担研究報告書

高齢がん患者のニーズをもとにした  
身体症状緩和プログラムに関する研究

研究分担者	森田 達也	聖隷三方原病院	緩和支援治療科
研究協力者	赤澤 輝和	聖隷三方原病院	医療相談室
	厨 芽衣子	聖隷三方原病院	ホスピス科
	菅野 康二	名古屋市立大学大学院	医学研究科
	尾藤 誠司	国立病院東京医療センター	

研究要旨 本研究の目的は、高齢がん患者の相談支援の特徴、症状の特徴を明らかにし、意思決定支援が困難な患者に対する意思決定支援ツールを作成することである。地域がん診療連携拠点病院の75歳以上の高齢がん患者7449例の症状と相談内容1034件の特徴を検討した。その結果、相談内容としては、在宅療養、緩和ケア病棟・ホスピスなどの療養場所に関する相談が最も多かった。多く認められた症状は、口腔内の問題（25%）、疼痛（22%）、倦怠感（21%）、眠気（16%）、食不振（13%）、呼吸困難感（12%）、気持ちのつらさ（12%）であった。高齢患者と壮年患者で比較した結果、痛み、嘔気嘔吐は少ない一方、呼吸困難、倦怠感が多かった。若年者と比べて少ない症状も、頻度の絶対差は小さかった。高齢者の意思決定支援ツール BEST : Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool を作成し、実施可能性と有用性を確認した。「高齢者だから」といって症状緩和やサポートが少なくすむわけではなく、少なくとも若年者と同等のサポートが必要である。特に、呼吸困難、倦怠感、ADLに関する支援が必要である。高齢者の意思決定支援ツール BEST に関する今後の開発・実証研究が有望である。

#### A. 研究目的

我が国の高齢化を背景に、今後も高齢がん患者は増加の一途を辿ることが予測される。

本研究の目的は、1) 高齢がん患者の相談支援の特徴、2) 身体症状の特徴を明らかにし、3) 意思決定支援が困難な患者に対する意思決定支援ツールを作成し、実施可能性・有用性を評価することである。

#### B. 研究方法

##### 1) 相談支援

研究期間中に聖隷三方原病院浜松がんサポートセンターを新規利用した全ての相談者を連続的に対象とした。初回相談終了後、「相談記録シート」を医療ソーシャルワーカー、または看護師が作成した。

##### 2) 身体症状

研究期間中に聖隷三方原病院において外来化学療法を新規に開始された全てのがん患者を連続的に対象とした。対象者に対し、通常

診療の一環として、受診毎に外来看護師より「生活のしやすさに関する質問票」が配布され記入を求めた。

##### 3) 意思決定支援ツール

腫瘍学、精神医学、緩和医学、生命倫理学を専門とする4名で討議を行い、高齢者の意思決定支援ツール BEST : Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool を作成した。1つのがん診療連携拠点病院で診療を受けている高齢がん患者5名を対象として実際に意思決定支援ツールを使用し、実施可能性、有用性を記述した。

##### （倫理面への配慮）

臨床で得られたデータの後ろ向き解析のため、包括同意に基づき匿名性に配慮して行った。

#### C. 研究結果

##### 1) 相談支援

研究実施期間中に 1034 件の新規がん相談を行った。相談対象患者の平均年齢は 68±14 歳、75 歳以上の高齢患者は 309 例 (30%) であった。高齢患者の 20%以上に認められた相談内容は、療養場所に関する相談として在宅 (33%)、緩和ケア病棟・ホスピス (27%)、受診受療に関する相談として緩和ケア・ホスピスケア (25%) であった。高齢がん患者と壮年がん患者で比較した結果、高齢患者において有意に緩和ケア病棟・ホスピス ( $p=0.002$ )、転医・転院 ( $p<.001$ )、介護力の不足 ( $p=.004$ )、緩和ケア・ホスピスケア ( $p=.031$ ) に関する相談が多く、医療費 ( $p<.001$ ) に関する相談が少なかった。

## 2) 身体症状

研究実施期間中に 1500 例の新規外来化学療法開始があり、7449 枚の質問票が配布された。対象者の平均年齢は 64±11 歳、75 歳以上の高齢患者は 1474 件 (25%) であった。高齢患者の 10%以上に認められた中程度以上の症状は、口腔内の問題 (25%)、疼痛 (22%)、倦怠感 (21%)、眠気 (16%)、食指不振 (13%)、呼吸困難感 (12%)、気持ちのつらさ (12%) であった。

原疾患別に高齢患者と壮年患者(75歳未満)で全体を比較した結果、痛み、嘔気嘔吐は少ない一方、呼吸困難、倦怠感が多かった。若年者と比べて少ない症状も、頻度の絶対差は小さかった。「迷惑をかけている」は少なく「充実した人生である」は多い一方、「自分のことが自分でできない」「楽しみがない」「家族や友人と過ごす時間がない」が多かった。精神的つらさ、病状に関する情報ニード、緩和ケアに関する質評価、および、家族の介護負担は少なくとも若年者と同等であった。

## 3) 意思決定支援ツール

がん治療において生じた 5 つの意思決定 (抗がん治療を実施するか、療養場所をどこにするか、消化管閉塞のために胃瘻を作成するか・経鼻胃管を利用するか・薬物療法のみで症状緩和を行うかなど) について BEST が利用された。

いずれの事例でも、BEST を利用したカンファレンスを行うことで、意思決定を行うことが可能であった。利用した医師・看護師を対象とした聞き取り調査では、構造化されているのでわかりやすい、何を情報として聴取する必要があるかがわかるとの意見があった一方、診療記録との二重記録となるため手間が

かかるとの意見があった。

## D. 考察

高齢がん患者の相談、症状に関する若年者との実態の比較が可能となった。高齢がん患者の意思決定支援を行う支援ツールを作成することができた。

## E. 結論

「高齢者だから」といって症状緩和やサポートが少なくすむわけではなく、少なくとも若年者と同等のサポートが必要である。特に、呼吸困難、倦怠感、ADL に関する支援が必要である。高齢者の意思決定支援ツール BEST に関する今後の開発・実証研究が有望である。

## 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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Akechi T, Morita T, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Good death in elderly adults

- with cancer in Japan based on perspectives of the general population. J Am Geriatr Soc 60(2): 271-276, 2012.
7. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Factors in narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. Palliat Support Care 10(2): 83-90, 2012.
  8. Akechi T, Morita T, Okuyama T, et al: Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. Palliat Med 26(5): 768-769, 2012.

#### 学会発表

1. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 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学術大会. 2010.6, 東京
2. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男: 終末期患者のスピリチュアルケアとしての短期回想法における語りの内容分析. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
3. 厨芽衣子, 森田達也, 明智龍男, 他: 高齢がん患者のニーズをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。

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

がん患者の意思決定能力の評価法に関する研究

研究分担者 小川 朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発分野

研究要旨 医師が患者に治療に関する同意を得るためには、患者が医療行為に関する説明を受けて理解し、自発的に同意をすることが必要になる。がん医療においては、完治が困難な中での治療方針の決定に加えて、治療後の介護の必要性や難治性疼痛など難しい対応がせまられる場面が多い。医師が治療同意能力の障害を評価し、障害要因に適切に対応した説明をすることが、患者の意思決定を尊重し適切な医療を提供するためにも重要であるが、これまでに患者の治療同意能力を詳細に評価した先行研究はない。そこでがん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力の詳細を構造化面接である MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) を実施した。その結果、114 名中 27 名に治療同意能力の障害を認めた。MacCAT-T の結果より、障害の要因は理解力の問題と判定された。関連要因には、教育歴と全般的認知機能との関連を認めた。今後、理解力障害時への支援方法を含めた意思決定支援の検討が必要である。

A. 研究目的

医師が患者に治療に関する同意を得るためには、患者が医療行為に関する説明を受けて理解し、自発的に同意をすることが必要になる。このインフォームド・コンセントの理念は患者の自己決定権を尊重する医療の基盤を形成する概念である。

インフォームド・コンセントの理念が発展するにつれて、患者が自己決定をするにあたって、3つの要素が要求されるようになった。それは①必要な医学・医療情報の開示 (disclosure of information)、②患者の治療同意能力 (competency)、③自発性 (voluntariness) である。この3要素のうち1つが欠けても患者の同意は法的にも倫理的にも有効ではないと判断される (Appelbaum 1987)。

そのなかでも治療同意能力は、治療に関する意思決定へ患者が意味のある参加をするために重要である。治療同意能力とは、「医療同意の問題に関して、自らの行為の性質を判断することができる精神的な能力 (丸山 1997)」である。説明を担当する医師は、自らが説明した内容を患者がどれだけ理解をしているかを確認しながら説明をすることが求められる。しかし、医師が患者の理解度を確認している

ことは少なく (Braddock et al., J Gen Intern Med, 1997)、患者の同意が不十分なことに気づかないことが多い。

がん医療においては、完治が困難な中での治療方針の決定に加えて、治療後の介護の必要性や難治性疼痛など難しい対応がせまられる場面が多い。特に高齢者では若年・壮年に比較して難しい選択の場面が増えてくる。そのため、治療方針を決めるに際して、症状の緩和、生活の質 (Quality of Life)、本人の尊厳を考慮したり、患者の価値観に基づく治療法を探さなければならないが、治療法を選択することは容易な作業ではない。その調整役を医療者が期待されることが多いが、適切な方法に関して検討はほとんどなされていない。また、抗がん治療の臨床試験においても、今後高齢者を対象とした臨床研究が求められている。臨床試験においては、通常の治療以上の治療同意能力が求められており、患者の権利を守り適切な臨床試験を進めるためにも治療同意能力の評価は重要になる。

治療同意能力の評価に関して、精神医学や法医学、生命倫理学の議論を踏まえて評価方法の検討が進められてきた。近年では臨床場面でも利用が可能な構造化面接を用いた客観的な評価方法も開発されている。Raymont らは

総合病院入院患者の同意能力を評価し、入院の時点で31%の患者が治療同意能力が低下し、理解が不十分で治療をされていたと報告し (Raymont et al., Lancet, 2004)、Fassassiらは緊急入院患者の同意能力を評価したところその27%が治療同意能力が低下していたが病棟レジデントはその30%しか認識していなかったと報告している (Fassassi et al., BMC Medical Ethics, 2009)。治療同意能力の低下の原因には、意識障害やせん妄、認知症があり、治療により同意能力が回復することも多い。医師が治療同意能力の低下を評価し、障害要因に適切に対応した説明をすることが、患者の意思決定を尊重し適切な医療を提供するためにも重要である。がん医療においても同様のことが想定されるが、これまでに患者の治療同意能力を詳細に評価した先行研究はない。

そこでわれわれは、がん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力の詳細を評価するとともに、その低下の要因を検討した。要因を解明することは、がん患者が適切な意思決定をおこなうことを支援し、患者および家族の療養生活の質の向上に資すると期待できる。

## B. 研究方法

### 対象

国立がん研究センター東病院において抗悪性腫瘍薬による薬物療法(ファーストライン、セカンドライン)を予定しているがん患者を対象とする。

適格基準 : 入院時に以下の基準を満たすものを対象とする。

1. 組織学的に原発性肺がんの診断が得られている患者
2. 告知を受けている患者
3. 研究に関するインフォームド・コンセントが得られている患者
4. 日本語の読み書きが可能である患者

### 除外基準

1. 身体症状・精神症状が重篤で面接調査に耐えられない患者
2. 担当医が本研究参加に不適切であると判断した患者

### 対象の選択手順

連続サンプリングを実施する。

### 調査手順

薬物療法の治療方針を決定する面談を受ける患者を連続サンプリングし、研究者および研

究分担者より患者に対して本研究の概要について文書を用いて説明をおこなった後、同意の得られた患者に対して面接調査を実施する。

### 調査内容

1. MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment (MacCAT-T)

MacCAT-Tは精神科入院や外来治療、身体治療、臨床試験などさまざまな場面での使用を想定して作成された患者の治療同意能力を評価する半構造化面接であり、世界的に標準的な治療同意能力評価方法として用いられている (Grisso, et al., Psychiatric Service 1997)。本面接で、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益などの理解を評価し、医師のおこなった説明と照らし合わせながら回答を評価する。各項目2点で評価し、すべて2点であればほとんどの治療について同意能力はあると判定される。所要時間は20分ほどである。

MacCAT-Tは、もともとは精神疾患患者の治療同意能力を評価する場面で使用することを中心に構成されており、担当医が患者に対して、症状および社会的状況を判断できるかどうかを面接する内容になる。しかし、今回評価するのは身体治療の治療内容を理解しているかどうかを判断することが目的であるため、海外の先行研究に習い、担当医以外の別の評価者が質問を行う形式に改め、質問の内容に関しても精神症状に伴う社会的関係の問題を評価する内容は省略して実施する。

評価に当たっては面接内容を記録し、その記録に基づいて精神科専門医2名が独立して評価する。

2. Mini Mental State Examination 日本語版 (MMSE-J)

MMSE-Jは、認知機能障害の重症度を評価する質問票である。注意力、見当識、短期記憶、空間認知能力等で構成される。日本語版の信頼性・妥当性も確立している。所要時間は10分ほどである。

3. Frontal Assessment Battery 日本語版 (FAB)

FABはベッドサイドで簡便に前頭葉機能検査を評価する目的で開発されたテストバッテリーで、6つの下位検査から構成される (Dubois, et al., Neurology 2000)。実施時間は10分程度であり、被験者への負担も少ないことから、高齢者やデイ・ケアでの経時的評価にも用いられる。日本語版も作成され、信頼性、

妥当性が確認されている(川島隆太ら、2006)。

#### 4. Vulnerable Elders Survey (VES-13)

VES-13は高齢者の包括的アセスメントを目的とした自記式質問票であり、日常生活の活動度を評価する(Saliba, et al., J Am Geriatr Soc 2000)。本質問票は海外において包括的アセスメントの代用指標としての有効性が示され、欧米のがん診療ガイドラインにも採用されている(NCCN 2010)。わが国のがん患者における信頼性、妥当性は検討されていないが、高齢者の包括的アセスメントの重要性を鑑みて、用いることとした。

#### 5. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

PHQ-9は、うつ病のスクリーニング、重症度評価のための自記式質問票である(Kroenke, et al., J Gen Intern Med 2001)。うつ病の症状を尋ねる9項目と日常生活の支障度を問う1項目からなり、日本語版の信頼性についても確立している(Muramatsu et al., Psychol Rep 2007)。

6. 臨床背景：治療状況、人口統計学的情報を診療録より得る。

原発部位、臨床病期、治療歴、既往歴、内服薬、全般的身体状況、合併症・併存症、一般検血、血液生化学、栄養状態、家族歴、教育歴、ADL、IADL、

7. 担当医による患者の理解度の評価を3件法で記載する。

MacCAT-Tの項目に沿って、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益それぞれについて、「理解できている・具体的に提示できる」、「一部理解している、理解できていると言うが具体的には提示できない」、「理解していない」の3段階で評定をつける。

8. 患者による理解度の評価を3件法で記載する。

MacCAT-Tの項目に沿って、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益それぞれについて、「理解できている・具体的に提示できる」、「一部理解している」、「分からない、理解できない」の3段階で返答を得る。

#### (倫理面への配慮)

調査に先立ち文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行う。すなわち、研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加

によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報完全保護に保護されること、等を説明する。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることはないように対応する。

#### C. 研究結果

2010年11月に施設内の倫理審査委員会に研究許可の申請を諮り、2011年3月に承認を受け、同年7月より調査を開始し、2012年7月まで実施した。期間中入院した173名にリクルートを行い、適格基準に該当する者は135名、そのうち122名より同意を得た。そのうち、体調不良により脱落した7名、調査前に退院しコンタクトできなくなった者1名を除く114名が解析対象となった。

(表1)

項目	Patients without capacity (n = 27)	Patients with Capacity (n = 87)	P
年齢(歳)	68.0 ± 8.0	63.9 ± 9.8	0.048
教育歴(年)	9.9 ± 4.2	12.1 ± 3.6	0.01
婚姻 未婚 既婚 離別 死別	1 (3.7%) 22 (81.5%) 2 (7.4%) 2 (7.4%)	3 (3.5%) 78 (89.7%) 2 (2.3%) 4 (4.7%)	0.57
NSCLC	3 (11.1%)	11 (12.6%)	1.0
Stage I II III IV	2 (7.4%) 0 (0%) 7 (25.9%) 18 (66.7%)	5 (5.7%) 8 (9.2%) 26 (29.9%) 48 (55.2%)	0.37
Performance Status 0 1 2	6 (22.2%) 17 (63.0%) 4 (14.8%)	37 (43.0%) 45 (52.3%) 4 (4.7%)	0.056

【背景】114名のうち、男性は88名、女性は26名であった。年齢は64.9歳±9.6歳であった。病期はstageIが7名、stageIIが7名、stageIIIが33名、stageIVが67名であった。脳転移がある者は16名であった。組織型はNSCLCが90名、SCLCが24名であった。ECOG Performance Statusは0が42名、1が64名、2が8名であった。治療内容は、化学療法単独が72名、化学放射線療法が33名、術後補助化学療法7名であった。

【意思決定能力】MacCAT-Tを用いた精神科医1名による簡易判定の結果、意思決定能力の障害（部分的、全能力を含む）を27名(24%, 95%CI: 16-31%)に認めた。

意思決定能力の障害の有無で2群に分け、性別、病期、転移の有無に関して $\chi^2$ 乗検定を実施し、性別および教育歴に関して有意差を認めた(表1、2)。

(表2)

項目	Patients without capacity (n = 27)	Patients with capacity (n = 87)	P
脳転移(CT or MRI)	5 (18.5%)	11 (12.6%)	0.53
オピオイド内服	9 (33.3%)	17 (19.5%)	0.19
面談			
面接時間(分)	29.1 ± 10.6	29.7 ± 11.2	0.82
家族の同席(人)	27 (100%)	81 (93.1%)	0.33

また、FAB、MMSE、serial7、VES-13、PHQ-9に関して、独立2群のt検定を実施したところ、FAB、MMSE、VES-13について有意差を認めた(表3)。

(表3)

項目	Patients without capacity (n = 27)	Patients with capacity (n = 87)	P
VES-13 (平均)	3.1 ± 2.9	1.5 ± 1.5	0.002
4点以上	8 (29.6%)	5 (5.7%)	
3点以下	19 (70.4%)	82 (94.3%)	
PHQ-9	6.19	6.22	0.97
MMSE-J	25.0 ± 4.6	27.5 ± 2.4	0.01
27-30	12 (44.4%)	62 (71.3%)	0.018
21-26	13 (48.1%)	24 (27.6%)	
0-20	2 (7.4%)	1 (1.1%)	
FAB	12.3 ± 3.3	14.7 ± 2.5	0.03

治療同意能力障害との関連要因を、 $P < 0.2$ の関連要因を強制投入して検討したところ、教育歴と全般性認知機能(MMSE)の関連を認めた。

(表4)

項目	OR	P
教育歴	3.15 (1.09-9.10)	0.034
高卒未満	1.0	
高卒以上		
Performance Status	1.58 (0.51-4.86)	0.43
≥ 1	1.0	
0		
オピオイド	1.74 (0.55-5.51)	0.35
有	1.0	
無		
MMSE	5.03 (1.23-20.7)	0.025
≤ 23	1.0	
≥ 24		

治療同意能力障害の有無について、MacCAT-Tの評価結果を求めたところ、理解と認識、論理的思考において有意差を認めた。

#### D. 考察

がん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力を構造化面接で評価をする計画を立てた。解析の結果、24%に何らかの意思決定能力の障害を認めた。障害は、全般的認知機能(MMSE)および教育歴との関連を認めた。

治療同意能力の障害は、脳転移やPerformance Status、stageとの関連は認め

なかった。また、脳器質疾患との関連では、転移性脳腫瘍の有無とも関連はなく、また精神症状としては抑うつとは関係を認めなかった。上記結果より、臨床において、治療同意能力の評価を考慮に入れる場合、全般性認知機能検査を実施することは障害の有無を推測するのに有用である。緩和ケアへの移行時には約半数に治療同意能力の障害が認められることがすでに報告されている。そのため、より早い段階から情報を提供し、治療並びに療養先の選定の支援を行うことが推奨されている。今回、初回治療時における治療同意能力を評価したが、治療開始時においてもすでに4人に1人が障害されていることが明らかとなった。これは、治療開始時までさかのぼったとしても、治療同意能力の障害を避けることが半数で困難であることを示している。患者の意向を反映させるためには、単に早期にさかのぼるのみならず、たとえ障害があるとしてもその中で意思決定支援をおこなう介入技法の開発の必要性がある。

#### E. 結論

がん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力を評価した。治療方針決定時にすでに障害を認めるケースを24%に認めた。今後、障害がある場合でも意思決定が可能となる支援技法の開発を検討する必要がある。

#### 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 : Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology* 19: 718-25, 2010
2. Asai, M., Ogawa, A., Uchitomi, Y., 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* 8: 291-5, 2010
3. Ogawa, A., Uchitomi, Y., 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
4. Ito, T., 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
5. Ogawa, A., 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, 42(1): 42-52
6. Ueyama, E., Ogawa, A., et al, Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2011, 65: 77-81
7. 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*. 21(7): 706-13, 2012
8. Ogawa, A., 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*. 42(1): 42-52, 2012
9. Shimizu K, Akechi, T., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*. 23(8): 1973-9, 2012
10. 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
11. 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
12. 大谷恭平, 小川朝生, 内富庸介, 他: サ



- バイパーにおける認知機能障害. 腫瘍内科 5: 202-210, 2010
13. 小川朝生: 在宅ケア各論 第5回. 温 第5号: 13-15, 2010
  14. 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
  15. 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
  16. 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 小川朝生, (Q)transcranial magnetic stimulation(TMS)の実施状況. 日本医事新報, 2011, 55-56
  17. 小川朝生, 「怒る」患者一隠れているせん妄をみつける. 看護技術, 2011, 57: 70-73
  18. 小川朝生, せん妄を家族に説明する. 看護技術, 2011, 57: 172-175
  19. 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
  20. 小川朝生, レスキューが効かない痛み. 看護技術, 2011, 57: 337-340
  21. 小川朝生, せん妄患者への声のかけ方. 看護技術, 2011, 57: 565-568
  22. 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
  23. 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
  24. 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
  25. 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
  26. 小川朝生, 予期悲嘆は起こさなければならぬのか. 看護技術, 2011, 57: 1023-1025
  27. 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
  28. 小川朝生, あなたは大丈夫?. 看護技術, 2011, 57: 1356-1359
  29. 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
  30. 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
  31. 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
  32. 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
  33. 小川朝生, 臨床への適用と私の使い方. 緩和ケア, 2011, 21: 134-135
  34. 小川朝生, 新しい向精神薬を活用する. 緩和ケア, 2011, 21: 606-610
  35. 小川朝生, 特集にあたって. レジデントノート, 2011, 13: 1194-1195
  36. 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
  37. 小川朝生, 統合失調症. 看護学生, 2011, 58:26-30
  38. 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
  39. 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
  40. 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
  41. 小川朝生, Cancer-brainとうつ病. Depression Frontier 9: 85-92, 2011
  42. 上山栄子, 小川朝生, 他: 反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加. 精神神経学雑誌, 114(9): 1018-1022. 2012
  43. 松本禎久, 小川朝生: がん患者の症状緩和. Modern Physician. 32(9): 1109-1112, 2012
  44. 小川朝生: がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点. がん患者ケア. 5(3): 55, 2012
  45. 小川朝生: がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識. がん患者ケア. 5(3):56-60, 2012
  46. 小川朝生: 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4): 76-79, 2012
- 学会発表
1. 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
  2. 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）
3. 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
  4. 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，
  5. 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
  6. 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ー成熟期への道しるべー，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
  7. 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
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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
  13. 小川朝生：医療者育成．第25回日本総合病院精神医学会総会．2012.11.大田区（シンポジウム演者）
  14. 小川朝生：がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査．第50回日本癌治療学会学術集会．2012.10.25.横浜（ポスター）
  15. 小川朝生：がん診療におけるせん妄．第6回日本緩和医療薬学会年会．2012.10.7.神戸市（シンポジウム演者）
  16. 小川朝生：Cancer Specific Geriatric Assessment (CSGA) 日本語版の開発．第77回大腸がん研究会．2012.7.6.港区（口演演者）
  17. 小川朝生：和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫．in 第17回日本緩和医療学会学術大会．2012.神戸市．（シンポジウム座長）
  18. 小川朝生：緩和ケアにおける介入エビデンス．in 第17回日本緩和医療学会学術大会．2012.神戸市．（シンポジウム演者）
  19. 小川朝生：患者が意思決定できないときの対応．in 第17回日本緩和医療学会学術大会．2012.神戸市．（パネルディスカッション演者）
  20. 小川朝生：臨床心理士へのサイコオンコロジー教育．in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会．2012.福岡市．（シンポジウム座長）
  21. 小川朝生：高齢者のサイコオンコロジー．in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会．2012.福岡市．（シンポジウム演者）
  22. 小川朝生：がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携．in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会．2012.福岡市．（シンポジウム座長）
- 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）分担研究報告書

高齢がん患者における心身の状態の包括的評価方法に関する研究

研究分担者 奥山 徹 名古屋市立大学大学院医学研究科

研究要旨 高齢がん患者の急増にも関わらず、高齢がん患者に相応しい医療やケアのあり方に関する知見は乏しい。本研究の目的は、VES-13 が我が国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な方法であるかどうかを検討することである。新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された 65 歳以上のがん患者に対して、抗がん治療開始前に VES-13 を実施し、併せて日常生活活動度、抑うつ、認知機能障害などを含む包括的評価を行った。その結果、72 名より有効データを得た。包括的評価の結果、40%の患者が脆弱性群の定義に相当した。VES-13 による脆弱性スクリーニング能力を検討したところ、2/3 点において感度 0.87、特異度 0.68、陽性尤度比 6.0(95%CI: 2.5-14.7)、ROC 曲線下面積 0.88 であった。日本語版 VES-13 は、海外での報告と同程度のスクリーニング能力を有していることが示唆されたが、より精度高いスクリーニングのためには、他の評価方法と組み合わせて使用することなどの検討も必要と思われた。

A. 研究目的

高齢がん患者の急増にも関わらず、高齢がん患者に相応しい医療やケアのあり方に関する知見は乏しい。高齢者は抗がん治療の副作用などに脆弱であることも多いことから、身体機能、精神・認知機能などに関する包括的評価を行うことで、そのような脆弱性を有する患者を同定する試みがされるようになってきているが、そのような複雑な評価を日常臨床で実施することは困難を伴う。Vulnerable Elders Survey (VES-13)は、そのような患者のスクリーニングツールのひとつである。海外ではその有用性が実証されており、高齢者治療ガイドラインなどでもその使用が推奨されている。本研究の目的は、VES-13 がわが国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な評価方法であるかどうかを検討することである。

B. 研究方法

名古屋市立大学病院に入院となった、新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された 65 歳以上のがん患者とする。研究対象候補者を連続的にサンプリングして適格評価を行い、適格患者に対して、抗がん治療開始前に VES-13 を実施し、併せて身体的機能、抑うつ、認知機能障害などに関する包括的評価を行った。

・Vulnerable Elders Survey (VES-13)

VES-13 は、高齢者における脆弱性を評価するために開発された 13 項目からなる自記式の質問票である。海外の研究では 2/3 点が脆弱性スクリーニングのためのカットオフポイントとされている。本研究において Forward-backward translation 法を用いて日本語版を作成した。

・日常生活動作 (ADL)、手段的日常生活動作 (IADL)

Barthel Index によって ADL を、Lawton Index によって IADL を評価した。Barthel Index では 90 点以下、Lawton Index では 3 点以下を障害ありとした。

・合併症

Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) という尺度を用いて評価を行った。14 領域について 5 段階で各領域の重症度を評価するもので、総得点を問題が存在していた領域の数で除した値を重症度指数とし、2 点以上を障害ありとした。

・栄養状態

Body Mass Index 18.5 未満または 25 以上を障害ありとした。

・抑うつ

Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) という自記式質問票を用いて評価した。

本尺度は、うつ病のスクリーニング及び重

症度評価を行うための自記式質問票であり、抑うつ症状を尋ねる 9 項目と、気持ちの問題による日常生活への支障を問う 1 項目からなる。各症状について直近 2 週間にどの程度の頻度で症状が出現するかを問うており、「半分以上」または「ほとんど毎日」という回答が 5 項目以上であった場合を障害ありとした。

・認知機能障害

Mini Mental Status Examination (MMSE) という他者評価尺度を用いた。見当識、短期及び長期記憶、計算、語想起、空間認識などを問う質問からなり、5-10 分程度で実施可能である。低得点ほど認知機能障害が重篤であることを示す。24 点未満を障害ありとした。

・脆弱性

ADL・IADL、合併症、栄養状態、身体的機能、抑うつ気分、認知機能障害の 6 項目のうち 2 項目以上で障害がある場合を脆弱性ありと定義した。

(倫理面への配慮)

本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て行った。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した。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からの署名を得た。また同意能力がないと判断される場合は、患者から口頭での同意と代諾者からの文書による同意を得た。

C. 研究結果

2012 年 12 月末までに 106 名の適格性評価を行い、26 名が不適格、8 名が拒否であり、72 名 (68%) より有効データを得た。平均年齢は 74 歳、男性 42 名 (58%)、診断は悪性リンパ腫が 54 名 (75%)、多発性骨髄腫が 18 名 (25%) であった。診断時の ECOG PS が 2 または 3 である患者は 20 名 (28%) であった。

包括的評価の結果、40%の患者が脆弱性群の定義に相当した。VES-13 による脆弱性スクリーニング能力は、2/3 点において感度 0.87、特異度 0.68、陽性尤度比 6.0(95%CI: 2.5-14.7)、ROC 曲線下面積 0.88 であった。

D. 考察

65 歳以上の診断直後の悪性リンパ腫、多発性骨髄腫患者において、脆弱性の定義に相当する患者は 40%と高頻度であった。

脆弱性を有する高齢がん患者のスクリーニングに関する系統的レビューによると、海外

での VES-13 のスクリーニング能力は感度の中央値 68%、特異度の中央値 78%であった。よって本研究結果は、日本語版 VES-13 が海外での報告とほぼ同程度のスクリーニング能力を有していることを示している。一方で、臨床的には十分なスクリーニング能力を有しているとはいいがたく、今後データをより詳細に検証し、さらに有用性を高めるために他の評価方法と組み合わせて使用することなどの検討も必要と思われる。

E. 結論

日本語版 VES-13 は、脆弱性評価を要するような高齢がん患者のスクリーニングについて、海外での報告と同程度のスクリーニング能力を有していることが示唆された。さらに有用性を高めるために他の評価方法と組み合わせて使用することなどの検討も必要と考えた。

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. Katsumata R, Akechi T, Okuyama 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
2. Kato M, Okuyama T, et al. Japanese version of the Delirium Rating Scale, Revised-98 (DRS-R98-J): reliability and validity. *Psychosomatics*. 51(5): 425-31, 2010
3. Wang XS, Okuyama T, et al. Impact of cultural and linguistic factors on symptom reporting by patients with cancer. *J Natl Cancer Inst*. 19;102(10): 732-8, 2010
4. Akechi T, Okuyama T, et al. Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: Prevalence, associated factors, and impact on quality of life. *Cancer Sci*, 101(12):2596-600, 2010
5. Akechi T, Okuyama T, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients.