

# 注目！がん看護における最新エビデンス



宮下光令 教授

東北大学大学院 医学系研究科  
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

みやしたみつりのり：1994年3月東京大学医学部保健学科卒業、臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

今回は、2014年9月にLancet誌に発表された、看護師を中心にした精神科医、プライマリケア医（GP）の協同によるがん患者のうつ病のマネジメントプログラムの多施設臨床試験（SMaRT Oncology-2試験）<sup>1)</sup>を紹介いたします。これは、2008年に発表された同様のケアが1施設において有効であることを示したSMaRT Oncology-1試験を多施設に拡大したものです<sup>2)</sup>。

がん患者の10%は、大うつ病を合併していると言われています。この研究では、イギリスの3つのがんセンターと関連するクリニックで、DSM-IVによって大うつ病エピソードを認め4週間以上継続しているがん患者を、看護師と精神科医、GPの協同によるうつ病マネジメントプログラムと通常のケアにランダムに割り付けました<sup>3)</sup>。

通常ケア群（対照群）では、GPと腫瘍医には大うつ病であることを知らせ、患者にはうつ病の治療はGPに相談するように勧めました。介入群では、通常ケアに加えてトレー

## 看護師を中心にした精神科医、プライマリケア医の協同によるがん患者のうつ病のマネジメントプログラムの多施設臨床試験

### —SMaRT Oncology-2 試験

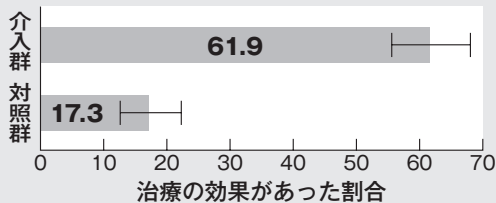
Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, Weller D, Murray G : SMaRT (Symptom Management Research Trials) Oncology-2 Team. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2) : a multicentre randomised controlled effectiveness trial. Lancet. 2014 ; 384 (9948) : 1099-108

ニングを受けた看護師が患者に対しうつ病や治療に関する教育、心理療法を行いつつ、PHQ-9という評価尺度で症状をモニタリングしました。精神科医は看護師やGPにアドバイスをすると共に、必要であれば患者を直接診療しました。最初の4カ月が治療期間とされ、最大10回の看護師によるセッションが行われました。その後の維持期間は、看護師が月に1回電話でフォローアップし、必要時看護師によるセッションが開かれました。また週に1回、すべてのケースに関して精神科医の看護師に対するスーパービジョンがなされました（これらの協同の方法は別の論文に詳しく書かれています）<sup>4)</sup>。

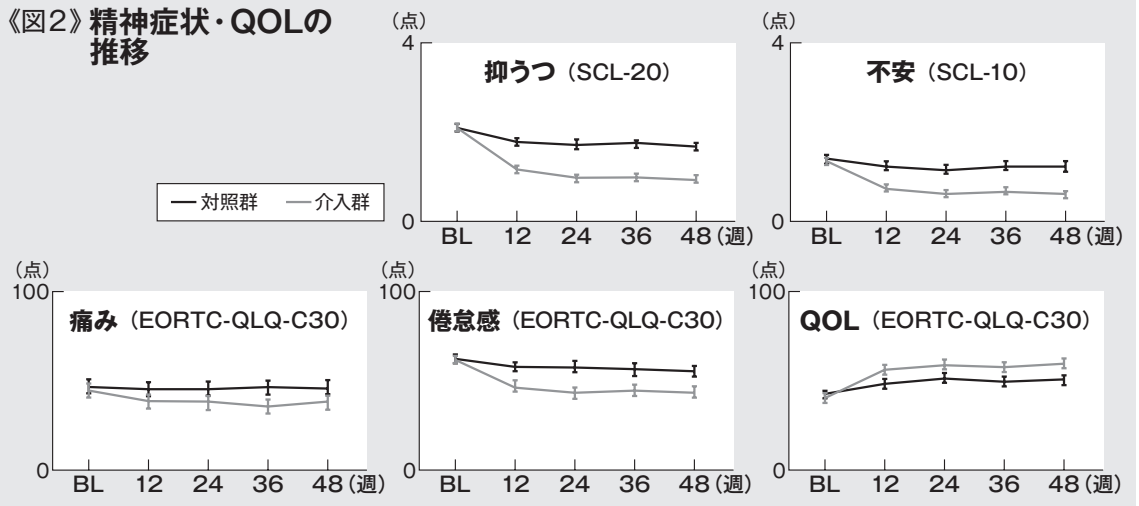
最終的に介入群253人、対照群247人の患者が参加しました。介入群が受けた看護師によるセッションの回数は、中央値が9回でした。そして、介入群の80%、対照群の60%程度が抗うつ薬を処方されました。

主要評価項目である24週間後の抑うつ評価尺度であるSymptom Checklist Depression Scale (SCL-20) バージョンBの平均点の2分の1の低下を達成したのは、介入群62%、対照群17%でした（ $P < 0.0001$  : 図1）。2

《図1》主要評価項目の結果



《図2》精神症状・QOLの推移



次評価項目であるうつ病の寛解（24, 36, 48週後のSCL-20の平均点が0.75以下）の達成は、介入群で33%，対照群で4%であり（ $P < 0.0001$ ），うつ病の重症度（24, 36, 48週後のSCL-20の平均）は介入群で0.94，対照群で1.71でした（スケールの範囲は0～4点）。この介入に関するコストは，1人あたり約11万円と見積もられました。

本研究の結果，SMaRT Oncology-1で有効だった看護師を中心とした多職種協同プログラムの有効性が多施設においても検証されました。介入の効果は大うつ病の改善だけでなく，不安，痛み，倦怠感，QOLなどにも及び（図2），過去の大うつ病に対する介入研究と比較しても，このプログラムの効果は非常に高いものでした。

わが国でも，がん診療連携拠点病院の指定要件や緩和ケア診療加算の算定要件などに精神科医が入っています。しかし，精神科医の数やかかわりの頻度は不足しているのが現状だと思います。リエゾン精神看護を行う精神看護専門看護師は大変助けになりますが，精神科医以上に数が少ないのが実情です。さらに，これらの専門家のかかわりは入院が主体

であり，外来などでのかかわりは十分ではないと思われます。日本の現状に沿った，このようなプログラムの開発と普及が望まれます。

#### 引用・参考文献

- 1) Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, Weller D, Murray G; SMaRT (Symptom Management Research Trials) Oncology-2 Team. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet*. 2014; 384 (9948): 1099-108
- 2) Strong V, Waters R, Hibberd C, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*. Jul 5 2008; 372 (9632): 40-48.
- 3) Walker J, Cassidy J, Sharpe M, Trialists SMO-. The second Symptom Management Research Trial in Oncology (SMaRT Oncology-2): a randomised trial to determine the effectiveness and cost-effectiveness of adding a complex intervention for major depressive disorder to usual care for cancer patients. *Trials*. 2009; 10: 18.
- 4) Walker J, Sharpe M. Depression Care for People with Cancer: a collaborative care intervention. *Gen. Hosp. Psychiatry*. Sep-Oct 2009; 31 (5): 436-441.