

## 第 1 回緩和ケアチーム抄読会

平成 21 年 4 月 3 日

担当：藤澤大介

### 低所得層のがん患者にたいする、うつ病の共同ケアの無作為対照試験

(Ell K, Xie B, Quon B, et al. Randomized Controlled Trial of Collaborative Care Management of Depression Among Low-Income Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 26:4488-4496, 2008.)

<目的> がん患者のうつ病・気分変調症緩和のための共同ケア (the Alleviating Depression Among Patients With Cancer (ADAPt-C) collaborative care management for major depression or dysthymia) の効果を検証する。

<方法>

対象：472 人の低所得層がん患者（主にスペイン系女性：大うつ病 49%，気分変調症 5%，両者の併存 46%）。

がんの診断から 90 日以上経過した後で、The Los Angeles County and University of Southern California Medical Center の腫瘍外来で、急性期またはフォローアップ治療を受けている患者。

18 歳以上、大うつ病（2 つの主要な約うつ症状 + Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 10：表 1）または気分変調症（SCID：Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）。

除外基準は、急性の自殺念慮、生命予後 6 カ月未満、アルコール依存の質問票 Alcohol Use Disorders Identification Test alcohol assessment 8、最近のリチウム/抗精神病薬の使用、自記式 Karnofsky Performance Status Scale 2、英語またはスペイン語に堪能でない人。

方法：患者は、ADAPt-C (n = 242) と通常ケア (n = 230) に無作為に割りつけられた。ADAPt-C は、IMPACT stepped care model にもとづいた介入法（表 2 を参照）で、うつ病専門士（修士以上のソーシャルワーカー）による疾病教育、構造化された精神療法、地域サービスへの導入（希望すれば家族も同席）、精神科医の監督、精神科医による抗うつ薬の処方、抗うつ薬を含む治療プランの策定（stepped care management）、または問題解決療法 (PST)（患者の希望による）うつ病専門士による電話による維持/再発予防、12 か月にわたる結果フォローアップからなる。一人のうつ病専門士が 35 ~ 40 人の患者をフォローアップした。精神科医は隔週で、うつ病専門士に対して、負担がかかりす

ぎていないか、期待した治療成果が出ているか、などをスーパーバイズした。患者の直接評価、抗うつ薬を選択した患者の評価、問題解決療法が奏功していない患者の評価、抗不安薬や睡眠薬追加の検討、などを。問題解決療法は、行動活性化、自分の問題の特定と自分で問題を解決するスキルの構築をめざす 6-12 週間の毎週治療であった。

< 評価 > PHQ-9 でうつ病の診断と重症度を、Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) と Medical Outcomes Study SF-12 で QOL を、Brief Pain Inventory Short Form で疼痛を評価した。

< 結果 > 12 か月の時点で、PHQ-9 の 50% 軽減率は、ADAPt-C 群で 63%、通常ケア群で 50% であった (オッズ比 OR  $\approx$  1.98; 95% CI, 1.16 to 3.38;  $P \approx$  .01)。PHQ-9 で 5 点以上の低下を認めたのは、ADAPt-C 群の 72.2% に対して、通常ケア群で 59.7% であった (OR  $\approx$  1.99; 95% CI, 1.14 to 3.50;  $P \approx$  .02)。介入群の方がも良好であった: QOL 社会/家族 QOL (群間の adjusted mean difference 2.7; 95% CI, 1.22 to 4.17;  $P \approx$  .001), 感情的 QOL (1.29; 95% CI, 0.26 to 2.22;  $P \approx$  .01), 機能的 QOL (1.34; 95% CI, 0.08 to 2.59;  $P \approx$  .04), 身体的 QOL (2.79; 95% CI, 0.49 to 5.1;  $P \approx$  .02)。うつ病治療の頻度も ADAPt-C 群で有意に多かった (72.3%  $\nu$  10.4% of EUC patients;  $P \approx$  .0001)。

< 結論 > 公立病院における ADAPt-C は、低所得層がん患者 (主にスペイン系女性) の抑うつ症状、QOL、痛みの改善において、通常ケアより有意に良好である。

#### 【コメント】

プライマリケアにおけるうつ病治療では、はやりの stepped care collaborative care モデルです。プライマリケア/精神科における手法として目新しいわけではありませんが、がん患者さんのうつ病が多いことを考えると、プライマリケアにおけるアルゴリズムをがん患者に適応していくことが重要かもしれません。うつ病のプライマリケアができる専門職と、問題解決療法の充足が日本での課題でしょうか。