

厚生科学研究費補助金  
21世紀型医療開拓推進研究事業

がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の  
在り方とその普及に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 内 富 庸 介

平成14 (2002) 年 4 月

## 目 次

### I. 総括研究報告書

- がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究 …… 3  
内富庸介

### II. 分担研究報告書

1. 医療従事者の緩和医療に対する認識の研究 ……13  
奈良林至
2. わが国における緩和医療のあり方と普及に関する研究 ……14  
木澤義之
3. 緩和医療に対する理解、必要性と現状に関する研究 ……16  
安達 勇
4. がん患者の難治性身体症状の緩和方法の開発とその普及に関する研究 ……19  
森田達也
5. 緩和医療のあり方と普及に関する研究 ……21  
本家好文
6. 緩和医療に対する理解、必要性と現状に関する研究 ……23  
小原弘之
7. 緩和医療に対する慢性疾患モデルの応用についての研究 ……26  
佐藤英俊
8. がん患者に見られる精神症状の実態調査 ……29  
竹内 靖
9. 緩和医療のあり方と普及に関する研究 ……32  
東谷慶昭
10. がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の共通データベースの作成と  
その普及に関する研究 ……34  
内富庸介
11. 一般の外科病棟における精神腫瘍学のあり方に関する研究 ……39  
松島英介
12. わが国におけるがん患者の精神科的問題に関する研究 ……41  
中野智仁

13. がん患者に見られる精神症状の実態調査 .....	43
赤穂理絵	
14. 転移性腫瘍による麻痺患者の精神腫瘍学的検討 .....	45
大西秀樹	
15. 緩和医療での精神科診察依頼への対応の実態に関する研究 .....	47
麻生光男	
16. がん医療におけるリエゾン精神医学のあり方に関する研究 .....	49
新野秀人	
17. がん患者の精神症状評価シート使用に関する研究 .....	52
三上一郎	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	54

# 総括研究報告

厚生科学研究費補助金（21世紀型医療開拓推進研究事業）  
総括研究報告書

がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究

主任研究者 内富庸介 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部部長

研究要旨 本研究では第1に、精神腫瘍学の全国的な均てんを図ることを目的とする。平成13年度は、後方視的な調査によりがん患者では適応障害(34%)、せん妄(17%)、大うつ病(14%)の有病率が高く、背景に痛み、再発・進行がん、身体的機能の低下が高頻度に認められることが明らかになった。本結果に基づき、がん患者の三大精神症状に関して評価するコンサルテーションシートを開発し、データベースシステムを構築した。本研究は第2に、緩和医療の学問的な体系化と全国的な普及を目的とする。平成13年度は、終末期がん患者の観察的研究により、せん妄の原因と臨床像および治療可能性について探索した。原因と同定された肝不全、薬物は過活動型せん妄と、そして腎前性腎不全、高浸透圧血症は低活動型せん妄と高い関連がみられた。せん妄の多様な原因の把握は、治療目的を明確にし、緩和医療の体系化に貢献すると考えられた。

分担研究者氏名及び所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名
内富庸介	国立がんセンター研究所支所部長
奈良林至	国立療養所西群馬病院医長
木澤義之	筑波メディカルセンター病院科長
安達勇	国立がんセンター中央病院医長
森田達也	聖隷三方原病院医員
本家好文	国立病院呉医療センター医長
小原弘之	国立療養所山陽病院医員
佐藤英俊	佐賀県立病院好生館医長
竹内靖	岩手県立中央病院科長
東谷慶昭	山形県立中央病院副部長
松島英介	東京医科歯科大学大学院助教授
中野智仁	国立がんセンター中央病院医員
赤穂理絵	東京都立駒込病院医長
大西秀樹	神奈川県立がんセンター医長
麻生光男	富山県立中央病院医長
新野秀人	国立病院呉医療センター医長
三上一郎	国立病院四国がんセンター医員

痛をもたらす精神的負担に対して、標準的な評価方法が存在しない。従ってがん患者に頻度の高い精神症状の適切な標準的評価方法を開発、普及させ多施設で共有可能なデータベースを作成する必要がある。これにより全国のがん患者における精神症状の実態把握が可能となり、患者支援プログラムの開発とその有効性を検証することにより精神腫瘍学の学問的体系化と普及に貢献すると考えられる。平成13年度は特に、コンサルテーションシートの開発とデータベースシステムの構築を行い、今後の実態把握の手段を確立する。

緩和医療の領域では、難治性身体症状の標準的な評価方法が存在せず、一方では、極めて判断の難しい鎮静のあり方などの問題が未解決である。従って、緩和医療における包括的評価方法の開発とデータベースの作成、難治症状に対する鎮静、並びに緩和医療に対する認識と理解の実態把握を行い、鎮静ガイドラインを作成する。平成13年度は、終末期がん患者のせん妄の原因と臨床像および治療可能性について観察的研究を行い、治療目的を明確にすることにより、緩和医療の体系化に必要な基盤を整備する。

A. 研究目的

本研究ではメディカル・フロンティア戦略の主旨に則り、研究成果の全国的な均てんを目指すため、精神腫瘍学と緩和医療の学問的な体系化と普及を目的とする。

精神腫瘍学の領域では、がん患者に強い苦

B. 研究方法

1) 精神腫瘍学

国立がんセンター中央病院、東病院精神科にそれぞれ1998年1月から1999年12月、1996

年7月から1999年12月に紹介された計1721人のがん患者を対象にしたデータを後方視的に調査することにより、がん患者の精神症状の評価票（コンサルテーションシート）の開発、及びがん患者の精神症状に関するデータベースの作成を行った。調査項目として、年齢、性別、婚姻、雇用状況、がんの部位、病期、Performance status、告知の有無、外来入院の別、痛み、そして紹介理由とDSM-IVに基づく精神医学的診断を対象にした。本結果に基づきがん患者の精神症状の評価票（コンサルテーションシート）を開発し、データベースを構築する。

（倫理面への配慮）

本研究は診療録を用いた後方視的研究であるため患者本人に対する同意は不要と考えられた。またデータ収集にあたっては患者を特定可能とするような情報は収集しなかった。

## 2) 緩和医療

せん妄と診断された聖隷三方原病院ホスピスの入院患者に対して、構造化した前向き観察的研究を行った。観察内容は、原因の特定、MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale)、DRS (Delirium Rating Scale) による重症度評価とした。

MDASの項目9によって過活動型せん妄を定義した。間欠的、あるいは、持続的なbenzodiazepineの投与を行ったものを鎮静と定義した。

（倫理面への配慮）

観察的研究に際して、患者に対して特別な負担を強いることがないように配慮した。

## C. 研究結果

### 1) 精神腫瘍学

対象患者の背景は平均年齢56歳、肺がんが最も多く、乳がん、頭頸部がんがこれに続いた。75%は身体状態が悪く(PS  $\geq$  1)で、60%は痛みの訴えがあった。99%は告知を受けていた。半数以上が転移、再発の患者であった。(表1)

表1. 紹介がん患者の特徴

総数: 1721 (100%)		
年齢	平均+標準偏差: 56+14 (中央値: 58) 範囲: 15-88(歳)	
施設	がんセンター中央病院	841 (48.9)
	がんセンター東病院	880 (51.1)
性別	男性	898 (52.2)
	女性	823 (47.8)
婚姻状況	既婚、再婚	1265 (79.7)
	未婚	213 (13.4)
	死別	108 (6.8)
雇用	フルタイム	508 (33.0)
	主婦	493 (32.0)
	退職	309 (20.1)
	その他	230 (14.9)
外来/入院	入院	1347 (83.3)
	退院	374 (21.7)
がんの部位	肺	322 (18.7)
	乳	215 (12.5)
	頭頸部	179 (10.4)
	大腸	153 (8.9)
	胃	114 (6.6)
	食道	101 (5.9)
	白血病	82 (4.8)
	膵	57 (3.3)
	リンパ腫	54 (3.1)
	肝	44 (2.6)
	その他	400 (23.2)
Stage	再発	474 (27.5)
	転移	461 (26.8)
	その他	786 (45.7)
PS (ECOG)†	0	421 (24.7)
	1	496 (29.1)
	2-4	789 (46.3)
痛み	なし	653 (39.9)
	あり	985 (60.1)

† Eastern Cooperating Oncology Group (ECOG) により定義されたPS

PS 0 無症状で生活に支障がない 1 軽度の症状があり生活に支障はあるが、軽い労働や歩行はできる。2 歩行や身の回りのことはできるが、軽い労働はできない。3 一部の身の回りのことしかできず、一日の半分以上臥床している。4 まったく身の回りのことができず、終日臥床している。

最も多い精神医学的診断は適応障害で34%を占め、そのうち不安、抑うつ、あるいはその両者が混在するものが下位診断として一般的であった。ついで、せん妄が多く17%を占めた。うち70%以上が過活動型であった。3番目に多いのが大うつ病で14%を占めた。他の診断としては、痴呆、精神分裂病、不安障害などが見られたが、いずれも3%以下であった。(表2)

表 2. 紹介患者の精神医学的診断

精神医学的診断*	数 (%)
適応障害	585 (34.0)
不安を伴う	265 (15.4)
不安と抑うつ気分の混合を伴う	226 (13.1)
抑うつ気分を伴う	73 (4.2)
情緒と行為の混合した障害を伴うもの	11 (0.6)
特定できないもの	6 (0.3)
行為の障害を伴うもの	4 (0.2)
せん妄†	299 (17.4)
過活動型	219 (12.7)
混合型	48 (2.8)
低活動型	29 (1.7)
大うつ病	247 (14.4)
痴呆	36 (2.1)
精神分裂病	28 (1.6)
双極性障害	24 (1.4)
パニック障害	15 (1.0)
アルコール依存	14 (0.8)
全般性不安障害	12 (0.7)
診断なし	223 (13.0)

\* DSM-IV に基づく精神医学的診断

† Lipowski による下位分類

さらに PS が 3 以上の患者では、40%以上でせん妄が指摘された。

データベース構築の一環として、評価票のマークシート化を図り、読み取り及びデータベースのシステムを開発した。

## 2) 緩和医療

観察研究期間中の死亡患者 237 名のうち、213 名において計 245 例のせん妄エピソードを認めた。原因の探索を行った 153 例の 93%において、せん妄の原因を同定し得た。主な原因は、肝不全、薬物、腎前性腎不全、高浸透圧血症、低酸素、DIC、中枢神経障害、感染、高カルシウム血症であった。

過活動型せん妄は、薬物によるせん妄で多く (39% vs. 10%,  $P<0.01$ )、腎前性腎不全・高浸透圧血症で少なかった (6.3% vs. 21%,  $P=0.069$ )。

MDAS の項目 9 得点は、薬物によるせん妄で高く ( $-0.21\pm 1.7$  vs.  $-1.5\pm 1.3$ ,  $P<0.01$ )、腎前性腎不全・高浸透圧血症で低かった ( $-1.8\pm 1.3$  vs.  $-1.0\pm 1.5$ ,  $P=0.05$ ;  $-2.0\pm 1.1$  vs.  $-0.98\pm 1.5$ ,  $P<0.01$ )。多変量解析では、薬物の関与、高浸透圧がそれぞれ独立して MDAS の項目 9 得点と関連していた (回帰係数:  $1.2\pm 0.26$ ,  $P<0.01$ ;  $-0.91\pm 0.29$ ,  $P<0.01$ )。

苦痛緩和のための鎮静は、肝不全で多かった (18% vs. 36%,  $P=0.016$ )。多変量解析では、肺癌、肝不全、ステロイドの使用がそれ

ぞれ独立して鎮静の施行に影響していた (Odds 比: 0.11,  $P<0.01$ ; 4.3,  $P<0.01$ ; 4.2,  $P<0.01$ )。

せん妄の完全緩解率は全体で 20%であり、薬物や高カルシウム血症によるせん妄は回復する場合が多かったが、肝不全、腎不全、DIC では緩解例が少なかった。

## D. 考察

### 1) 精神腫瘍学

本結果から、精神科に紹介されたがん患者では、適応障害、せん妄、大うつ病が、代表的な精神疾患と考えられた。適応障害と大うつ病の割合が最も多いのは肺がんであり、海外における先行研究と一致した結果であった。次にせん妄については、90%が過活動型と混合型であり、PS の悪化に伴い、有病率が高くなる点などが明らかになった。部位では肝細胞がんによく見られた。

このような精神疾患と関連のある医学的症状として、病期、PS、痛みがあり、病期が進行し PS の悪い患者への対応と痛みのコントロールが重要と考えられた。

今回の後方視的な調査結果に基づき、患者の一般的背景 (性、年齢、婚姻状況) に加え、精神医学的診断、病期、転移の部位、PS、痛み、がん告知の有無、依頼理由などを評価可能なコンサルテーションシートを開発し、データベースを構築した。今後は、このコンサルテーションシートを使用して全国の施設を対象にデータベースを構築する予定である。これにより全国のがん患者における精神症状の実態を明らかにし、患者支援プログラムの実施に向けての基礎作りが可能になると考えられる。

### 2) 緩和医療

過活動型せん妄の発症と強く関連している薬物 (オピオイド、ステロイド) については、積極的な対策を取ることが必要であると考えられた。終末期においてモルヒネ代謝物の蓄積がせん妄の原因になりうることが示唆され、その場合にはオピオイドローテーションが有効であると考えられた。また、ステロイドは緩和ケアにおいて多様な症状を緩和し得るため頻用されているが、せん妄を悪化させる可能性があるため有効性が乏しい終末期後期では減量したほうがよいと考えられた。

終末期の苦痛という観点から肝不全に対する研究はほとんど行われていないが、肝不全

は患者にとって苦痛となる過活動型せん妄の危険因子であった。今後、さらなる研究が必要であると考えられた。

脱水所見は本研究では低活動型せん妄と高く相関したが、終末期における輸液の是非は結論が出ていない。そのため脱水・溢水が苦痛に与える影響を包括的に評価する研究を行うことが重要である。

#### E. 結論

##### 1) 精神腫瘍学

精神科に紹介されたがん患者では、適応障害、せん妄、大うつ病が、代表的な精神症状と考えられた。

##### 2) 緩和医療

終末期せん妄の原因を把握することは、治療の目的を明確にし、緩和ケアに貢献すると考えられた。

#### 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 外国語論文

1. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma; a longitudinal study. *Cancer* 92:2609-2622, 2001
2. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders in cancer patients; descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol* 31:188-194, 2001
3. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 42:141-145, 2001
4. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 65:195-202, 2001
5. Fukui S, Uchitomi Y, et al: Participation in psychosocial group intervention among Japanese women with primary breast cancer and its associated factors. *Psycho-Oncology* 10:419-427, 2001
6. Kagaya A, Uchitomi Y, et al: Plasma concentrations of interleukin-1beta, interleukin-6, soluble interleukin-2 receptor and tumor necrosis factor alpha of depressed patients in Japan. *Neuropsychobiology* 43:59-62, 2001
7. Murakami Y, Uchitomi Y, et al: Guilt from negative genetic test findings. *Am J Psychiatry* 158:1929, 2001
8. Okano Y, Narabayashi M, Adachi I, Uchitomi Y, et al: Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 67:255-262, 2001
9. Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer; prevalence, correlated factors, and screening. *J Pain Symptom Manage* 22:554-564, 2001
10. Uchitomi Y, Nakano T, et al: Three sets of diagnostic criteria for major depression and correlations with serotonin-induced platelet calcium mobilization in cancer patients. *Psychopharmacology* 153:244-248, 2001
11. Uchitomi Y, Mikami I, Nakano T, et al: Physician support and patient psychological responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma; a prospective observational study. *Cancer* 92:1926-1935, 2001
12. Morita T, Uchitomi Y, et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning "terminal sedation"; a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20:758-764, 2002
13. Akizuki N, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the pharmacological treatment algorithm for major depression in advanced cancer patients; a preliminary study. *Int J Psychiat Clin Prac* (in press)
14. Sugawara Y, Nakano T, Uchitomi Y, et al: The Efficacy of methylphenidate for fatigue in advanced cancer patients; a



- preliminary study. Palliative Med (in press)
15. Tanaka K, Uchitomi Y, et al: Factors correlated with dyspnea in advanced lung cancer patients; organic causes and what else? J Pain Symptom Manage (in press)
  16. Tanaka K, Uchitomi Y, et al: Impact of dyspnea, pain and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. J Pain Symptom Manage (in press)
  17. Tanaka K, Uchitomi Y, et al: Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. J Pain Symptom Manage (in press)
  18. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. Int J Psychiat Clin Prac (in press)
  19. Ando M, Adachi I, et al: Efficacy of Docetaxel 60 mg/m<sup>2</sup> in Patients With Metastatic Breast Cancer According to the Status of Anthracycline Resistance. J Clin Oncol 19:2, 2001
  20. Morita T, et al: Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 9:177-186, 2001
  21. Morita T, et al: Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients; a validation study. Palliative Med 15:197-206, 2001
  22. Morita T, et al: Effects of high dose opioids and sedatives on survivals in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 21:282-289, 2001
  23. Morita T, et al: Proposed definitions of terminal sedation. Lancet 358:335-336, 2001
  24. Morita T, et al: Improved accuracy of physicians' survival prediction for terminally ill cancer patients by using the Palliative Prognostic Index. Palliative Med 15:419-424, 2001
  25. Morita T, et al: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. J Pain Symptom Manage 22:997-1006, 2001
  26. Morita T, et al: Carer satisfaction with inpatient palliative care in Japan. Palliative Med (in press)
  27. Morita T, et al: A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. Palliative Med (in press)
  28. Morita T, Hirai K, et al: Preferences in palliative sedation therapy in the Japanese general populations. Palliative Med (in press)
  29. Kohara H, et al: Synergistic effects of topoisomerase I inhibitor, 7-ethyl-10-hydroxycamptothecin, and irradiation in a cisplatin-resistant human small-cell lung cancer cell line. Clin Cancer Res 8:287-292, 2002
  30. Onose M, Onishi H, et al: Neuroleptic malignant syndrome following bone marrow transplantation; A case report. Bone Marrow Transplantation (in press)
- ②日本語論文
1. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 終末期がん患者における希死念慮; その頻度および身体的・心理社会的関連要因. 総合病院精神医学 13:153-158, 2001
  2. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: がん疼痛に対する心理的アプローチ. 痛みと臨床 1:323-328, 2001
  3. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: がん患者のうつ病. 今月の治療 9:71-73, 2001
  4. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: ターミナルケアにおける向精神薬使用の実際. 臨床と研究 78:89-91, 2001
  5. 明智龍男, 内富庸介: 精神的ケア. Medico 32:474-478, 2001
  6. 稲垣正俊, 内富庸介: がん診断後の精神的負担. 医学のあゆみ 197:288-289, 2001
  7. 内富庸介: 第9回がんについての市民公開講演会がんとストレス; がんと上手に取り組むためには. 診療と新薬 38:38-48, 2001
  8. 内富庸介, 中野智仁, 他: 21世紀の

- Psycho-Oncology (サイコオンコロジー)を支える科学的基盤. がん患者と対症療法 12:43-47, 2001
9. 内 富 庸 介, 中 野 智 仁, 他: Psycho-Oncology の科学的基盤. 分子精神医学 1:191-194, 2001
  10. 内富庸介, 他: サイコオンコロジー; 心、免疫、内分泌そして癌. 医学のあゆみ 12:918-919, 2001
  11. 内 富 庸 介, 中 野 智 仁, 他: Psycho-Oncology とその科学的基盤. 癌と化学療法 28:747-751, 2001
  12. 内富庸介: 癌患者における抑うつ. 日本臨床 59:1583-1587, 2001
  13. 岡村仁, 内富庸介, 他: 乳がん患者に対する心理教育的介入(グループ療法)の有効性の検討. 心身医学 41:109, 2001
  14. 松岡豊, 内富庸介, 他: プライマリケアにおけるサイコオンコロジー. 治療 83:28-31, 2001
  15. 稲垣正俊, 内富庸介: がん診断後の心理的負担. Journal of Clinical Rehabilitation 11:159, 2002
  16. 木澤義之: がん終末期患者の在宅医療. ターミナルケア 11:253-257, 2001
  17. 木澤義之: 持続皮下注法の実際. ターミナルケア 11 Suppl.:340-343, 2001
  18. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静における臨床倫理学的問題. 緩和医療学 3:267-274, 2001
  19. 森田達也: モルヒネの副作用対策; モルヒネによる精神症状(せん妄). 今日の緩和医療 3:18-19, 2001
  20. 森田達也, 他: 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア; 系統的レビューに基づく統合化. 緩和医療学 3:444-456, 2001
  21. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静の概念; がんの症状マネジメント II. ターミナルケア 11 Suppl.:315-319, 2001
  22. 本家好文: 不安. 外科治療 85:539-542, 2001
  23. 本家好文, 他: 骨転移による疼痛. ターミナルケア 11:99-101, 2001
  24. 本家好文, 他: 骨転移に対するパリアティブケア. ターミナルケア 11:413-416, 2001
  25. 佐藤英俊: モルヒネの効きにくい痛み. 臨床医 27:365-368, 2001
  26. 佐藤英俊: 一般病院での Multidisciplinary Pain Clinic (MPC) の実践. ペインクリニック 22:622-628, 2001
  27. 佐藤英俊: メイヨー・クリニックペインマネジメントプログラム; 痛みをとらない痛み治療法. 痛みと臨床 1:329-335, 2001
  28. 佐藤英俊: 内臓痛に対する腹腔神経叢ブロックの適応. ターミナルケア 11 Suppl.:106-109, 2001
  29. 赤穂理絵: これだけは知っておきたいコンサルテーション時のアセスメント. 精神科臨床サービス 1:221-225, 2001
  30. 赤穂理絵: これだけは知っておきたいコンサルテーション時の治療計画の立て方. 精神科臨床サービス 1:398-402, 2001
  31. 大西秀樹, 他: 終末期胃がん患者を介護する乳がん術後配偶者; 心理的な負荷と精神医学的アプローチについて. ターミナルケア 11:398-396, 2001
  32. 水野康弘, 大西秀樹, 他: 否認により不安、抑うつが顕在化しなかった子宮頸癌再発患者の一例. ターミナルケア (in press)
  33. 倉田明子, 新野秀人, 他: 精神疾患を有する患者の緩和医療に関する検討. 精神科治療学 (in press)
2. 学会発表
    - ①国際学会
      1. Uchitomi Y, Nakano T, et al: Lack of association between suicidal ideation and serotonin-2A receptors-mediated calcium mobilization in cancer patients with major depression. Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Regional Meeting. Poster. October 2001, Hiroshima
      2. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders in patients with unresectable lung cancer. Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Regional Meeting. Poster October 2001, Hiroshima
      3. Akizuki N, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Development of brief screening for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients.

- Collegium Internationale  
Neuro-Psychopharmacologicum Regional  
Meeting. Poster October 2001,  
Hiroshima
4. Kagaya A, Uchitomi Y, et al: Change in mood and neurosteroids in women suffering from breast cancer. Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Regional Meeting. Poster October 2001, Hiroshima
  5. Sato H, Totoki T: How to cope with chronic pain? Mayo clinic pain management program; 6th Asian Oceanic Society of Regional Anesthesia. Poster. October 2001
  6. Mikami I, Eguchi K, et al: Perception of clinical oncologists on complimentary and alternative medicine in Japan. 13th International symposium Supportive care in cancer. June 2001, Copenhagen
- ②国内学会
1. 内富庸介, 他: がん医療におけるコミュニケーション技術訓練法. 第6回日本緩和医療学会総会. ワークショップ. 2001. 6, 東京
  2. 内富庸介: 肺癌. 第19回呼吸器・免疫シンポジウム. シンポジウム. 2001. 10, 東京
  3. 内富庸介: Psychosomatic effect; 心ががんに与える影響. 第39回日本癌治療学会総会. 教育講演. 2001. 11, 広島
  4. 内富庸介: 癌患者の精神症状. 第39回日本癌治療学会総会. シンポジウム. 2001. 11, 広島
  5. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 抑うつ状態を合併したがん患者における希死念慮に関する検討. 第6回日本緩和医療学会総会. ワークショップ. 2001. 6, 東京
  6. 福井小紀子, 内富庸介, 他: 初発乳がん患者に対する心理社会的グループ介入の有効性. 第6回日本緩和医療学会総会. ワークショップ. 2001. 6, 東京
  7. 小池眞規子, 内富庸介, 他: コミュニケーション・スキル・トレーニングとは?: MD アンダーソンモデルの実際. 第14回日本サイコオンコロジー学会総会. セミナー. 2001. 6, 山梨
  8. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 終末期がん患者に対する精神医学的援助. 第14回日本総合病院精神医学会総会. ワークショップ. 2001. 11, 新潟
  9. 岡村仁, 内富庸介, 他: がん患者に対する集団精神療法 (グループ療法). 第14回日本総合病院精神医学会総会. ワークショップ. 2001. 11, 新潟
  10. 内富庸介, 三上一郎, 中野智仁, 他: 医師のサポートと肺がん患者術後の心理的反応. 第60回日本癌学会総会. 一般演題. 2001. 10, 横浜
  11. 内富庸介, 三上一郎, 中野智仁, 他: がん専門医のサポートと肺がん患者の心理的反応. 第14回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2001. 11, 新潟
  12. 秋月伸哉, 中野智仁, 内富庸介, 他: がん患者の精神的負担のスクリーニング法に関する検討. 第6回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2001. 6, 東京
  13. 田中桂子, 内富庸介, 他: がん患者の精神的負担のスクリーニング法に関する検討. 第6回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2001. 6, 東京
  14. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行肺がん患者の精神症状の有病率とその予測因子に関する縦断的研究. 第14回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2001. 6, 山梨
  15. 岡村仁, 内富庸介, 他: 再発乳がん患者の心理的負担とその危険因子に関する検討. 第60回日本癌学会総会. 一般演題. 2001. 10, 横浜
  16. 木澤義之: 医学生ホスピス緩和ケアに対する意識調査と卒前教育の改善に関する研究. 第25回日本死の臨床研究会. 一般演題. 2001. 11, 仙台
  17. 木澤義之: 緩和医療とうつ. 第3回茨城県緩和医療研究会. 一般演題. 2001. 7, つくば
  18. 木澤義之: 当院における緩和医療の現況. 第10回茨城がん学会. 一般演題. 2001. 1, 水戸
  19. 安達勇: がん医療相談外来においてみられた継続ケアの問題点. 第6回日本緩和医療学会. 2001. 6, 東京
  20. 本家好文, 他: 緩和ケア病棟におけるがん性疼痛治療の現状. 第80回広島がん治療研究会. 2001. 3, 広島
  21. 本家好文, 他: 緩和ケア病棟開設後一年

- 間の運用状況. 第 2 回日本死の臨床研究会中国・四国支部総会. 2001. 6, 徳島
22. 本家好文: 緩和病棟の運用状況. 第 11 回がん臨床研究フォーラム. 2001. 6, 東京
  23. 本家好文, 他: 国立病院呉医療センター緩和ケア病棟の紹介. 第 10 回日本ホスピス在宅ケア研究会. 2001. 6, 大阪
  24. 本家好文: がん疼痛治療の実践-病病及び病診間の連携の視点から. 第 39 回日本癌治療学会プレジデンシャル・シンポジウム. 2001.11, 広島
  25. 本家好文: 放射線治療と緩和ケア. 第 14 回日本放射線腫瘍学会. 教育講演. 2001. 11, 大阪
  26. 小原弘之, 他: 高用量のオピオイドとステロイドが呼吸困難のマネジメントに必要であった 2 症例. 第 6 回日本緩和医療学会総会. 2001. 6, 東京
  27. 小原弘之, 他: がん患者の呼吸困難に対する furosemide 吸入療法の効果の検討. 第 40 回日本肺癌学会中国四国地方会. 2001. 7, 岡山
  28. 青江啓介, 小原弘之, 他: 電顕的鑑別困難で免疫組織染色にて診断した悪性胸膜中皮腫の一例. 第 41 回日本呼吸器学会総会. 2001. 4, 東京
  29. 青江啓介, 小原弘之, 他: 胸水中の IAP, 可溶性 IL-2R, INF- $\gamma$  の癌性強膜炎と結核性胸膜炎の鑑別上の有用性に関する検討. 第 42 回日本肺癌学会総会. 2001. 11, 大阪
  30. 宮内貴子, 小原弘之, 他: 末期がん患者の倦怠感に対するアロマセラピーの有効性の検討. 第 25 回日本死の臨床研究会. 2001. 11, 仙台
  31. 佐藤英俊: 入院施設における終末期医療. シンポジウム. 第 8 回九州医療・病院管理研究会. 2001. 3
  32. 佐藤英俊, 齋藤貴生: 佐賀県立病院好生館緩和ケア病棟 (ホスピス) での試み. ワークショップ. 第 11 回がん研究会. 2001
  33. 佐藤英俊: がんと共に生きる; 貴重な日々を大切に. 招待講演. 第 1 回佐賀唐津尊厳死協会合同大会. 2001. 10
  34. 佐藤英俊: 末期がんと共に生きる: ホスピスでの試み. 招待講演. 県立宮崎中央病院. 2001. 10
  35. 野口海, 松島英介, 他: 東京医科歯科大学大学院心療・ターミナル医学分野における活動報告. 第 7 回大学病院の緩和ケアを考える会総会・研究会. 一般演題. 2001. 5, 東京
  36. 松下年子, 松島英介, 他: 手術を受ける消化器癌患者の心理と QOL に関する研究. 第 14 回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2001. 6, 甲府
  37. 赤穂理絵, 他: Efavirenz が精神症状に及ぼす影響. 第 15 回日本エイズ学会. 2001. 11, 東京
  38. 井西庸子, 赤穂理絵, 他: 頭頸部悪性腫瘍患者へのリエゾン. 第 14 回日本総合病院精神医学会. 2001. 11, 新潟
  39. 大西秀樹: 終末期がん患者を介護するがん患者; 心理的負荷とケアについて. 死の臨床研究会関東地方会. 一般演題. 2001. 6, 東京
  40. 大西秀樹, 他: がんの疑いをかけられたことにより発症した PTSD (外傷後ストレス障害) の一例. 第 6 回日本緩和医療学会. 一般演題. 2001. 6, 東京
  41. 新野秀人, 他: 国立病院呉医療センターでのがん患者のリエゾン・コンサルテーション活動; 緩和ケア病棟と一般病床での比較. 第 56 回国立病院療養所総合医学会. 一般演題. 2001. 11, 仙台
  42. 小鶴俊郎, 新野秀人, 他: 国立病院呉医療センターにおけるリエゾン・コンサルテーション活動の現況. 第 14 回日本サイコオンコロジー学会. 一般演題. 2001. 6, 甲府
  43. 小鶴俊郎, 新野秀人, 他: 国立病院呉医療センター精神科における身体合併症治療の現状. 第 14 回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2001. 11, 新潟
  44. 今中章弘, 新野秀人, 他: SSRI が有効であった慢性疼痛の 2 例. 第 401 回広島精神神経学会. 一般演題. 2001. 12, 広島
- 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。

# 分担研究報告

厚生科学研究費補助金（21世紀型医療開拓推進研究事業）  
分担研究報告書

医療従事者の緩和医療に対する認識の研究

分担研究者 奈良林至 国立療養所西群馬病院内科・緩和ケア医長

研究要旨 わが国における緩和医療は一般に十分理解されているとは言い難い。それは、医療者側、患者側それぞれに問題があるからと考えられるが、今回は医療者、なかでも医師に焦点を当て、まずがん医療に携わる医師が緩和医療をどのように考えているのかを明らかにし、わが国に終末期緩和医療を普及させていくための問題点を整理する。その上でどのような取り組みが必要なのかを提起していきたい。

A. 研究目的

わが国における緩和医療は、医療者側にも患者側にも十分理解されているとは言い難い。本研究では医療者側、特に医師に焦点を当て、がんの治療に携わる医師がその治療の過程で終末期緩和医療をどのように位置づけているかを明らかにし、何が問題であるかを整理する。その上で、緩和医療に対する理解を深め、普及させていくためにはどのような取り組みが必要なのかを提起することを目的とする。

B. 研究方法

がん治療に携わる医師を対象にした、緩和医療をテーマとする郵送によるアンケート調査を行う。対象は、全国がん（成人病）センター協議会加盟施設に勤務する常勤医、あるいは日本癌治療学会所属の臨床系医師から無作為に抽出した医師など、がん医療に携わっている医師とする。また、調査内容については、先行する当班の予備調査（現在進行中）の結果と、欧米の先行研究による結果を参考にして決定する。

（倫理面への配慮）

アンケート調査の結果から、回答した医師が特定されないように十分注意する。

C. 研究結果

現在進行中のため、確定結果はでていない。

D. 考察

本アンケート調査により、十分な緩和医療が提供されていない現状、すなわち障害となっている因子が同定されることが期待される。一方、欧米の研究から、よい緩和医療が

提供されない要因がいくつか明らかにされている。欧米とわが国を同一に論じることはできないが、両者の結果を比較検討していくことは重要である。

E. 結論

わが国の終末期緩和医療の普及に障害となっている医師側の要因が特定され、それを改善するための方策が明らかになる。

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. Okano Y, Narabayashi M: Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. Breast Cancer Res Treat 67:255-262, 2001

学会発表

なし。

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。

厚生科学研究費補助金（21世紀型医療開拓推進研究事業）  
分担研究報告書

わが国における緩和医療のあり方と普及に関する研究に関する研究

分担研究者 木澤義之 つくばメディカルセンター病院総合診療科科长

研究要旨 わが国の緩和医療においては患者のもつ問題や症状などの疫学的な検討が十分に行なわれていないことに加え、患者の評価方法の標準化が十分に行なわれているとはいえない。今回我々は上記の問題を解決するため、多施設で簡便に用いることができ、かつ将来データベースとして利用できるような初診時評価、退院時評価の方法を確立するとともに緩和ケアにおける患者のもつ問題や症状に関する疫学調査を行なうことを計画している。

A. 研究目的

1. ホスピス・緩和ケアの質の維持のため、多施設で短時間に用いることができ、将来データベースとして利用できるような初診時評価の方法を確立する（入院、外来、コンサルテーションいずれの場合でも使用可能なものとする）2. 同様に退院時評価（もしくはサービス終了時の評価）の方法を確立する3. 上記の初診時評価表を用いて、多施設で初診時の評価を行ないわが国の緩和ケアの現状に関する疫学調査を行なう。

B. 研究方法

コンセンサスメソッドおよび前向き観察研究を用いて以下に行なう。1. 国内外の初診時、退院時評価表を収集する2. 1を元に数名の研究者が初診時、退院時評価表を作成する。3. 5-7人からなるエキスパートグループを作成し、2時間ほどのフォーカスグループインタビューを行う4. 3の内容を参加者に確認する5. 3と4を元に数名の研究者でもう一度初診時退院時評価表を修正する6. 4のフォーカスグループのメンバーに内容について再度意見をいただく7. 数名の研究者でさらに初診時退院時評価表を修正する8. 上記の初診時評価表を用いて多施設で初診時の評価を行ないわが国の緩和ケアの現状と疫学調査を行なう（前向き観察研究）

本年度は上記ステップの1. 2. 3. の部分を行なった。

（倫理面への配慮）

前向き観察研究を行なう際は当該施設の倫理委員会で十分検討を行ない、患者個人のプライバシーの保持について十分配慮する

予定である。

C. 研究結果 全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会A会員施設86施設に初診時退院時評価表に関する調査書を送付。53施設に調査に同意していただいた（回答率70.9%、有効回答率61.6%）。初診時退院時評価用紙双方が存在する施設が12施設、初診時評価のみが25施設、退院時のみが1施設、両方ともない施設が15施設存在した。

この調査でえられた調査用紙と諸外国の評価用紙をもとに初診時退院時評価用紙のプロトタイプを作成した。

D. 考察

本調査により、わが国のホスピス緩和ケア病棟では系統化された初診時や退院時の評価が十分には行なわれていないことが明らかとなった。また、今後の検討材料として必要不可欠な初診時退院時評価用紙のプロトタイプが作成された。

E. 結論

今後今回作成した評価用紙のプロトタイプをもとにエキスパートグループによる検討を重ね、多施設で利用できる評価用紙を確立し、わが国の緩和ケアの現状に関する疫学調査を行なっていきたい。

F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 論文発表

1. 木澤義之: がん終末期患者の在宅医療. ターミナルケア 11:253-257, 2001
2. 木澤義之: 持続皮下注法の実際. ターミナルケア 11 suppl:340-343, 2001

### 学会発表

1. 木澤義之: 医学生の本スビス緩和ケアに対する意識調査と卒前教育の改善に関する研究. 第 25 回日本死の臨床研究会. 一般演題. 2001. 11, 仙台
2. 木澤義之: 緩和医療とうつ. 第 3 回茨城県緩和医療研究会. 一般演題. 2001. 7, つくば
3. 木澤義之: 当院における緩和医療の現況. 第 10 回茨城がん学会. 一般演題. 2001. 1, 水戸

## 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。



厚生科学研究費補助金（21世紀型医療開拓推進研究事業）  
分担研究報告書

緩和医療に対する理解、必要性と現状に関する研究

分担研究者 安達勇 国立がんセンター中央病院腫瘍内科医長

研究要旨 緩和医療に対する需要は急速に増加しているが、医療現場では質の向上に努力すると共に、市民への啓蒙と理解が大切である。当センターでは「がん医療相談外来」の窓口を設けて、がん患者の家族への相談を行っている。1999年1月から3年間担当し、相談対象患者の約6割は既に積極的な治療の限界にきており、より適切な緩和医療が必要であった。家族や患者本人は緩和ケアや特にホスピスへの知識と理解が極めて希薄であり、ただ「死に行く場」としか認識していなかった。そこで、「よい緩和ケア・ホスピスケアとは」「よい死とは」へのニーズとバリアに影響する要因を明らかにすることは極めて大切であると認識された。その裏付けとなる予備調査研究を行った。

A. 研究目的

本邦では、緩和医療に対する需要は急速に増加しているが、医療現場での対応は質量ともに立ち後れの現状にある。一方緩和医療の先進国であるアイルランド、英、独、米との間に大きな格差が認められる。

本邦との緩和医療の違いは、1) 日本では患者のニーズや保険制度の違いもあり、施設内緩和ケアが中心であるが、欧米では地域コミュニティの中にホスピスが独立して位置づけられ、開業医・地域看護婦・家庭と強い連携を持っており、地域コミュニティ全体の間で管理されている。2) 患者のニーズに合わせた多種多様な緩和・ホスピスケアが提供されている。終末期医療は施設内から、人間の本来の生活基盤である在宅でのケアが中心となっている。そのためディケアセンターが盛んに併設・増設されており、即ち「緩和ケア医療の社会化」が実践されている。その結果欧米では6割が病院で、3-4割が自宅で死を迎えている。3) ボランティアが医療のあらゆる現場でスタッフと同様に活躍し、積極的に多様な取り組みに協力している。また宗教心が高く、スピリチュアルケア面で大きな役割を担っている。4) 企業を含めた社会全体の働きかけが強く、寄付やボランティア活動を通して終末期医療を支えている。

今年開設される静岡県がんセンターをフィールドとして日本におけるモデル的な緩和ケア・ホスピスケアを実現したい。そこは56

5床に本邦最大の緩和ケア施設50床が併設される。そこでは1) 50床を短期症状緩和と在宅緩和ケアの促進病棟としての緩和ケア25床と最後の看取りを家族と共によりよい環境の中のケアしていく25床に振り分けていく。2) さらに在宅ホスピスケアやディケアなども行い、患者のニーズに合わせたホスピスケアを提供していく。これをシームレスに実現させるには、地域コミュニティ内においてかかりつけ医・診療所・地域医療機関と連携してきた緩和医療の構築が必要となる3) 地域住民・企業なども含めて緩和医療に対するボランティア活動の啓蒙・参画を如何に促進していくかなども本研究班を通して実践して行きたい。

今年度は、1) がんセンター中央病院で1999年1月から3年間にわたり行った「がん医療相談外来」についてまとめ、2) 「よい緩和ケア」「よりよい死とは」に関する予備アンケート調査結果について報告する。

B. 研究方法

1) がん医療相談外来は月一金曜日の午前中に腫瘍内科専門医が30分-1時間かけてがんに関する種々の相談に応じている。1999年1月から2000年7月までに740名患者家族への相談に応じた。相談当日には紹介状と画像診断などの資料を持参させ、予約制をとった。

2) 「よい緩和ケア・ホスピスケアの認識度

に関するアンケート予備調査」はコメディカル65名(うち看護婦33名)、開業医を中心とした医師33名、患者会の乳癌患者18名と一般人30名を対象とした。アンケート期間は2002年1月25日～31日の1週間で行った。

(倫理面への配慮)

アンケート予備調査に関しては、個人的に調査の意義を説明し、自主的に協力してもらい、患者は患者会での自由的取りくみとして協力してもらった。

### C. 研究結果

がん医療相談外来の結果、1) 相談者は子供47%、夫婦33%、両親、兄弟7～8%、その他親戚・友人が5%であった。患者の治療先は3割が500床以上の大病院で、200床以下は25%程度であった。2) 患者の背景因子は病名告知が68%、治療前が19%、PS4が16%であった。疾患は消化管癌が28%、肝胆膵、肺癌、婦人科癌が各々17～18%を占めていた。治療前が22%、進行癌で手術不能が41%、終末期癌が22%であった。3) 相談目的は治療後のセカンドオピニオンが87%、当センターでの治療希望が35%、代替治療や専門医からの説明が各々32%、34%を占めていた。4) 相談結果、当院で治療したのが18%、現在の病院での継続治療が55%、緩和ケアへの紹介が10%であった。

よい緩和ケア・ホスピスケアについてのアンケート調査結果：1) 緩和治療・施設についての認識度に関し9項目の設問を設けた。2) Steinhauser らの論文から抽出された項目を参考に、よりよい緩和ケアのあり方に関する56項目の設問(うち医療環境9、医療者との関係4、家族友人との関係12、身体症状3、社会経済的な問題6、予後・尊厳10、宗教霊的な問題10、死後2項目)は全て①非常に大切、②比較的大切、③どちらでもない、④必要ないで回答を求めた。3) ホスピスの認識度は高く、距離・コスト・医療レベル・環境が主な選択条件となり、死への恐怖・近くにないなどの項目がバリアとなっていた。4) 患者・一般人は施設で、医療者は在宅での死を希望し、身体症状緩和へ高い要求度があったが、死への受容は医療者で高く患者で低かった。自己意志が尊重された選択や尊厳に対しても高い要求度はあったが、宗教や死後の事に関する関心度は全般的に低かった。

医療者への期待感は医療者より一般人や患者で高かった。霊的ケアに対しては若い方で高かった。

### D. 考察

がん医療相談を行った結果、患者・家族は緩和ケアやホスピスに対する認識度が極めて低い事が判った。また医療者からの説明が不十分であり、家族の精神的負担と不信感を増大させていた。また、患者家族に対しても積極的な治療法の限界や病状の受容に対する説明を回避している傾向が見られた。医療者の患者や家族に対して十分時間をかけて説明し、納得させる努力が不足していた。アンケート調査においては、医療者と一般人や患者の間には「よい緩和ケア、よいホスピスケア」への認識度の違いが認められた。とくに医療環境としては医療者は在宅での看取りを希望し、患者や一般人は施設での看取りに期待していた。このことは医療者は現在の医療事情から施設での医療環境が不十分であることを認知していると推測された。しかし、一般人や患者はホスピスケアに対しての期待感が予想外に大きく、今後緩和医療を担う医療者は質の向上に努める責務を痛感させられた。また、日本では宗教心が希薄で、死後のことには大きな期待はもっていないように感じられた。

### E. 結論

1) がん医療者は患者・家族への対応に対してはより真摯に行い、十分な納得が得られるように努めなければならない。また緩和ケア専門の医療者は他の医療者や、一般人への啓蒙に努めるべきである

2) 本予備調査から緩和医療に対する認識は医療者と一般人・患者との間に格差を認めた。今後地域住民を対象に広範囲の意識調査を行い、緩和医療の質の向上・啓蒙活動の指針を作成していく。

### F. 健康危険情報

とくに、述べるべき点はない。

### G. 研究発表

論文発表

1. Ando M, Adachi I, et al: Efficacy of Docetaxel 60 mg/m<sup>2</sup> in Patients With Metastatic Breast Cancer According to the Status of Anthracycline Resistance.

- J Clin Oncol 19:336-342, 2001
2. Okano Y, Adachi I, et al: Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. Breast Cancer Res Treat 67:255-262, 2001

学会発表

1. 安達勇: がん医療相談外来においてみられた継続ケアの問題点. 第6回日本緩和医療学会. 2001. 6, 東京
- 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  
特記すべき事なし。

厚生科学研究費補助金 (21 世紀型医療開拓推進研究事業)  
分担研究報告書

がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院ホスピス医員

研究要旨 終末期せん妄の原因が臨床的転帰に与える影響を探索するために、ホスピス入院患者に対して観察的研究を行った。245 例のせん妄エピソードのうち原因検索を行った 153 例の 93%において、原因を同定できた。主な原因は、肝不全、薬物、腎前性腎不全、高浸透圧血症、低酸素、DIC、中枢神経障害、感染、高カルシウム血症であった。肝不全、薬物（オピオイド、ステロイド）は過活動型せん妄と高く相関し、腎前性腎不全、高浸透圧血症は低活動型せん妄と高く相関した。せん妄の完全緩解率は 20%であり、薬物や高カルシウム血症によるせん妄は回復するが多かった。

せん妄の原因は多様であるが、簡便な血液検査によって多くの寄与因子を同定し、治療可能性を判断することができる。患者の希望に一致する場合、原因のスクリーニングを積極的に行なうことにより undertreatment の可能性を最低限に抑え、治療目標を明確にする必要があることが示唆された。

A. 研究目的

終末期癌患者におけるせん妄の原因と臨床像との関連を探索する。

B. 研究方法

観察的研究。せん妄と診断された聖隷三方原病院ホスピスの入院患者に対して、前向きに構造化した観察を行った。観察内容は、原因の特定、MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale), DRS (Delirium Rating Scale) による重症度評価である。

MDAS の item 9 によって過活動型せん妄を定義した。間欠的、あるいは、持続的な benzodiazepine の投与を行ったものを鎮静と定義した。

(倫理面への配慮)

患者に対する特別な負担のない観察的研究。

C. 研究結果

期間中の死亡患者 237 名のうち、213 名において 245 例のせん妄エピソードが同定された。原因の探索を行った 153 例の 93%において、せん妄の原因を同定できた。主な原因は、肝不全、薬物、腎前性腎不全、高浸透圧血症、低酸素、DIC、中枢神経障害、感染、高カルシウム血症であった。

過活動型せん妄は、薬物によるせん妄で多く (39% vs. 10%,  $P<0.01$ )、腎前性腎不全・高浸透圧で少なかった (6.3% vs. 21%, 6.3% vs. 21%,  $P=0.069$ )。

MDAS の item 9 得点は、薬物によるせん妄で高く ( $-0.21\pm 1.7$  vs.  $-1.5\pm 1.3$ ,  $P<0.01$ )、腎前性腎不全・高浸透圧で低かった ( $-1.8\pm 1.3$  vs.  $-1.0\pm 1.5$ ,  $P=0.05$ ;  $-2.0\pm 1.1$  vs.  $-0.98\pm 1.5$ ,  $P<0.01$ )。多変量解析では、薬物の関与、高浸透圧がそれぞれ独立して MDAS の item 9 得点を既定していた (回帰係数:  $1.2\pm 0.26$ ,  $P<0.01$ ;  $-0.91\pm 0.29$ ,  $P<0.01$ )。

苦痛緩和のための鎮静は、肝不全が多かった (18% vs. 36%,  $P=0.016$ )。多変量解析では、肺癌、肝不全、ステロイドの使用がそれぞれ独立して鎮静の施行に影響していた (Odds 比: 0.11,  $P<0.01$ ; 4.3,  $P<0.01$ ; 4.2,  $P<0.01$ )。

せん妄の完全緩解率は全体で 20%であり、薬物や高カルシウム血症によるせん妄は回復するが多かったが、肝不全、腎不全、DIC では緩解例が少なかった。

D. 考察

1) 過活動型せん妄の発症と高く相関している薬物 (オピオイド、ステロイド) については、積極的な苦痛緩和の対策を取ることが必要であると考えられた。終末期においてモルヒネ代謝物の蓄積が不穏の原因になりうる