

ことが示唆されており、せん妄に寄与していると考えられる場合にはオピオイドローテーションが苦痛緩和として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う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。

2) 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、生理学的な研究を含めて集中的研究が必要であると考えられた。

3) 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。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

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. Morita T, et al: Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 9:177-186, 2001
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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

6. Morita T, et al. Proposed definitions of terminal sedation. *Lancet* 358:335-336, 2001

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. Morita T, et al: Carer satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliative Med* (in press)

12. Morita T, et al: A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliative Med* (in press)

13. Morita T, Hirai K, et al: Preferences in palliative sedation therapy in the Japanese general populations. *Palliative Med* (in press)

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

緩和医療のあり方と普及に関する研究

分担研究者 本家好文 国立病院呉医療センター緩和ケア病棟医長

研究要旨 がん医療において良質な緩和医療を提供するには、身体的症状の緩和だけでなく、精神的・社会的苦痛などに対応する全人的な医療が必要とされる。がん病巣だけを診るのではなく、患者を全人的に捉える緩和医療の基本的な理念や、身体的・精神的苦痛を緩和するための知識や技術を習得することは、医師卒前教育においては極めて重要だと考えられる。わが国の医師卒前教育においては、こうした緩和医療を系統的に教育するプログラムは、十分機能しているとは言えない。医学部のコアカリキュラムが変化しているなかで、さまざまな取り組みが実践されている。本研究では、全国大学医学部の緩和医療に関する教育プログラムの実態を、2年間継続してアンケート調査を行って実態を把握することによって、わが国の医師卒前教育プログラムに適切な形で緩和医療が組み込まれ、広く医師の間で普及していくことが期待される。

A. 研究目的

わが国の大学医学部における卒前教育において、緩和医療に関する講義や実習が、どの程度組み込まれているかを明らかにして、現状を把握するとともに、医学部教育において適切な形で緩和医療に関する教育が行われ、すべての医師が緩和医療に理解を深めることができ、がん患者や家族が適切に援助され、良好な生活の質を維持できるようにすること。

B. 研究方法

平成14年度及び15年度の2年間、全国の医学部の教育担当教官に対して、アンケート調査を実施する。内容としては、緩和医療に関する講義や実習が、どの時期に、どのような内容で、どのような形で実施されているかを把握して分析する。諸外国の現状とも比較しながら、わが国における緩和医療に関する適切な教育プログラムのあり方について検討する。

（倫理面への配慮）

教育プログラムに関する研究であり、直接患者のプライバシーを侵害するような結果は生じることはない。

C. 研究結果

わが国において、これまでに行われてきた

医師卒前教育に関するアンケート調査の結果を把握した。その結果、大半の医学部で、何らかの形で緩和医療に関する講義や実習が実践されていることが分かった。問題点としては、教育実施時期、内容、担当教官などに大きなばらつきが見られた。これらの結果を参考にしながら、実態をさらに詳細に調査するためのアンケート内容について検討し、平成14年度、平成15年度に行う調査項目の参考にする。

D. 考察

医学部における医師卒前教育、卒後教育のシステムは、大きな転換期を迎えている。緩和医療に関する卒前教育プログラムについても、各大学で適切な教育プログラムを模索しているのが現状である。わが国には緩和医療に関する専門講座がないため、卒前教育においては様々な講座の教官が、分担しながら行っているのが現状である。患者を全人的に捉えたいうえで実践される緩和医療の理念を、医師卒前教育プログラムに適切に組み込むことは、将来医師になって医療を実践する際に極めて有用だと思われる。

E. 結論

これまで実施されたアンケート調査の結果、全国の医師卒前教育プログラムが、その

内容や方法に大きな違いがあることが明らかとなった。現在、各大学で模索している緩和医療教育プログラムに対して、基本的な指針を提示して、適切に緩和医療に関する卒前教育が行われる必要がある。

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. 本家好文：不安．外科治療 85:539-542, 2001

本家好文，他：骨転移による疼痛．ターミナルケア 11:99-101, 2001

2. 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

学会発表

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

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 小原弘之 国立療養所山陽病院内科医員

研究要旨 多施設で使用可能な病状評価シート作成の基礎資料づくりを目的として、緩和ケア病棟入院患者を対象に、入院時の臨床症状を構造化した評価シートを用いて前向きに調査した。その結果、入院時から既に他臓器への多数の転移を有する患者が多く、また苦痛となる症状も疼痛（76%）、食欲不振（64%）、全身倦怠感（56%）など様々な苦痛症状を高頻度に有していることが判明した。またPSが低下するに従って、合併する苦痛症状が増加していた。緩和病棟では入院患者の8割以上が死亡退院の転帰を辿り、入院期間も短いことが多く、また全身状態が不良な状態で入院されることが多いことを考慮して、簡便で多次的に構成された病状評価シートを作成する必要があることが重要と考えられた。

A. 研究目的

我が国においては、緩和医療は癌に対する積極的な治療が終了してから開始されることが多く、癌の進行期から末期の状態では診療が始まることが多い。その一方で、病状評価に関して共通の評価方法が確立されていないことや、緩和病棟における診療が施設ごとに異なっているため、癌の治療医や診療を受ける患者家族に十分理解されていないのが現状である。従って質の高い緩和医療を提供するためには病状評価や緩和的治療に関する標準化が必要である。そこで多施設で共通して使用可能な評価表の作成の基礎資料とするために、緩和病棟に入院となった患者の症状の罹患率を調査した。

B. 研究方法

2001年7月から12月までの6ヶ月間に当院の緩和ケア病棟に入院された患者66名を対象として、身体症状、患者背景（年齢、性別）PS、癌の原発部位、転移組織数を入院時の診療記録から構造化した評価シートを用いて前向きに調査した。対象患者が通常の治療を受けて身体症状が消失している場合は、症状有りとして記載した。

（倫理面への配慮）

当院緩和ケア病棟に入院された患者の診療記録、看護記録からデータ収集を行った。その際患者個人のデータは厳重に管理され、プライバシーを侵すような調査は行っていない。

ない。

C. 研究結果

Patient's characteristics

Number of patients	66	
Male	44	(67%)
Mean age	67.412	
Median survival(days)	32.430	
PS 0-2	19	(29%)
3	26	(39%)
4	21	(32%)
Primary sites		
Lung	24	
esophagus/ magen	11	
colon/rectum	6	
head and neck	5	
liver	3	
pancreas	3	
uterus	3	
prostate/bladder	3	
breast	3	
biliary system	2	
skin	1	
Tumor locations		
brain	4	(6%)
lung	44	(67%)
pleura	27	(41%)
bone	21	(32%)
liver	23	(35%)
peritoneum	14	(21%)
skin	5	(8%)

Symptom prevalence on admission (%)

Pain	76
Dyspnea	55
Cough/sputum	38
Nausea/vomiting	21
Abdominal swelling	35
Constipation	12
Diarrhea	2
Anorexia	64
General malaise	56
Insomnia	17
Itching	0
Mucositis	6
Fever	14
Confusion	42
Incontinence	5
Bleeding	20
Edema	32
Dry mouth	26
Paralysis	14
Headache	6
Dysphagia	9

当院の緩和ケア病棟入院患者 66 名の癌原発部位は、肺 (36%)、食道/胃 (17%)、大腸/直腸 (12%)、頭頸部 (8%)、以下肝、膵、子宮、前立腺/膀胱、乳などであった。対象患者の入院時の臨床症状では、疼痛が 76% と最も多く、以下食欲不振 (64%)、全身倦怠感 (56%)、呼吸困難 (55%)、混乱 (38%) など様々な症状が観察された。対象となった患者の転帰は、57 名 (86%) が死亡退院で転院/軽快 4 名 (6%)、生存 5 名 (8%) で死亡患者の平均在院日数は 32 日、在院日数中央値は 21 日で、多くの患者が短期間の入院で死亡されていた。また入院時の PPS (palliative performance status) 毎に臨床症状を有する数を検討すると、10-30 では 7 ± 1.2 個、40-60 では 5.4 ± 2.4 個、70 以上では 3.9 ± 2.4 個の症状を認め、PPS が低下して全身状態が悪化するに従って、苦痛となる臨床症状も増加していた。

D. 考察

今回の検討では、当院で作成した臨床症状評価シートを用いて、前向きに診療記録、看護記録から記載した。その結果、緩和病棟入院時から苦痛となる多くの臨床症状を有しており、また入院時の PS が悪化するに従って苦痛症状が増えていることが判明した。苦痛となる臨床症状は、疼痛が最も多く、以下全身倦怠感、食欲低下、呼吸困難などが高頻度に認められた。これらは諸家の先行研究の結果と概ね一致するものであった。

また緩和病棟入院後の多くの患者は短期間に死亡退院の転帰を辿っていることも判明し、全身状態が不良な患者を対象にした病状評価方法の標準化の確立が求められる。今回の調査は、これまでの入院患者が自己記入式の評価シートの記載が困難な場合が多いことを踏まえて医療者側が行った症状評価法を選択しているが、“golden standard”である患者の自己評価ではないため、医療者側が見過ごしている症状や逆に過大評価しているものもあったと思われる。また医療者の主観が加わるために、評価者によるバイアスも加わっていることが予想され、今後の評価シート作成の際に検討すべき項目である。また今回は入院時の身体症状のみを調査したものであり、入院経過中の症状の変化や症状の程度、身体症状以外の精神的な苦痛、スピリチュアルペインなどは、今回の評価の対象に入っていない。従って今後複数の施設が参加可能な症状評価シートの作成を目指し、またその内容も単に身体症状のみでなく精神的苦痛や緩和ケアへ

のニーズなども含まれた、多次元的な要素で構成された症状評価シートの作成が望まれる。標準評価シートが作成されれば、日本の終末期医療の現状分析が可能となり、標準治療の質の向上と普及につながることを期待される。

E. 結論

緩和ケア病棟入院患者の入院時における身体症状を前向きに調査した。疼痛、全身倦怠感、食欲不振、呼吸困難など複数の症状が認められた。また PS の悪化に伴って苦痛となる臨床症状が増加していた。今後は多施設で使用可能な症状評価シートの作成が望まれる。

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

論文発表

1. 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

学会発表

1. 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
2. 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
3. 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
4. 青江啓介, 小原弘之, 他: 胸水中の IAP, 可溶性 IL-2R, INF- γ 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
5. 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

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

緩和医療に対する慢性疾患モデルの応用についての研究

分担研究者 佐藤英俊 佐賀県立病院好生館緩和ケア病棟医長

研究要旨 慢性疾患モデルの治療として用いられている認知行動療法的アプローチは、がん患者の不安や抑うつ、痛みや不快な症状の緩和に効果的であり、すでに欧米のホスピスや緩和ケアプログラムでは取り入れられている。今回、認知行動療法的アプローチを行うための予備調査を実施した。その結果、認知行動療法的アプローチで用いられる適応技術としては①呼吸法、②自律訓練法、③イメージ療法、④鍼治療、⑤マッサージ療法、⑥EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）、⑦音楽療法、⑧グループ療法等が実施可能なことが分かった。また、評価方法では、①栗原班調査票、②POMS、③HADS、④STAI、⑤IBQ があまり患者に負担をかけずに実施可能であることがわかった。

A. 研究目的

死にゆく過程の中で、怒り・不安・抑うつ・悲しみ・罪悪感・無念さ・恐怖・絶望などさまざまな感情がでてくることはごく自然なことである。不安および抑うつは、ほとんどのがん患者に認められる。認知行動療法的アプローチは、このようながん患者の不安や抑うつに効果があるだけでなく、痛みや不快な症状の緩和にも有用であると考えられるようになってきている。

本研究では、慢性疾患モデルの治療として用いられている認知行動療法的アプローチを緩和医療のなかでどのように応用していくかについて調査研究する。

B. 研究方法

佐賀県立病院好生館緩和ケア病棟・一般病棟および佐賀医科大学付属病院一般病棟で加療中の病名を告知されているがん患者を対象に認知行動療法的アプローチを施行する。

今年度の研究では、研究プロトコル作成にむけて①認知行動療法的アプローチの概要、②認知行動療法で用いられる適応技術、③評価方法、④その他のパラメーター、の4項目について調査する。

（倫理面への配慮）

本研究で作成したプロトコルを用いてデータ収集する場合は、当該施設の倫理審査委員会に倫理審査申請書を提出して承認を受けた

後に文書により研究の目的・方法および途中棄権しても治療上不利にならない旨を十分に説明し、患者本人からの同意を得た後で実施する。また、本研究によって得られた患者個人のデータは厳重に管理される。なお、今回の予備調査では、各質問票に対する協力者（患者）の感想のみを聞き、データ回収は行っていない。

C. 研究結果

1) 認知行動療法的アプローチの概要：認知行動療法的アプローチは、がん患者の不安や抑うつ、痛みや不快な症状の緩和に効果がある。また、死にゆく過程の中で生じるさまざまな歪んだ認知を修正する手段としても有用である。すでに欧米のホスピスや緩和ケアプログラムでは認知行動療法的アプローチが取り入れられている。

2) 認知行動療法的アプローチで用いられる適応技術：本研究で適用可能な方法には、①呼吸法、②自律訓練法、③イメージ療法、④鍼治療、⑤マッサージ療法、⑥EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）、⑦音楽療法、⑧グループ療法等がある。

3) 評価方法：評価には、既存の心理テスト数種類を用いる。評価は、認知行動療法的

アプローチ開始前と開始後に数回施行し、心理テストの結果および QOL 等のパラメーターの比較検討を行う。今回は、患者の負担にならないことを前提に、①栗原班調査票、②POMS、③HADS、④STAI、⑤IBQ について調査した。

① 栗原班調査票：わが国独自の QOL 評価を目指した調査票である。質問項目は、全 22 項目から構成されている。構成内容は、活動性に関する 6 項目、身体状況に関する 5 項目、精神・心理状態に関する 5 項目、社会性に関する 5 項目および全体的 QOL に関する 1 項目に分類されている。

② POMS：McNair らによって開発された Profile of Mood States は、65 項目から成る気分を評価する質問票である。緊張-不安 (Tension-Anxiety)、抑うつ-落ち込み (Depression-Dejection)、怒り-敵意 (Anger-Hostility)、活気 (Vigor)、疲労 (Fatigue)、および混乱 (Confusion) の 6 つの気分尺度を同時に測定できる。

③ HADS：Zigmond らによって開発された Hospital Anxiety and Depression Scale は、14 項目の設問から構成された身体疾患を有する患者の抑うつと不安を測定する質問票である。14 項目は、抑うつ 7 項目、不安 7 項目から成り、抑うつや不安の認知的部分の評価する。各項目は、4 段階で評価される。

④ STAI：Spielberger らによって開発された State-Trait Anxiety Inventory は、測定時の不安度を示す状態不安尺度および性格的な不安傾向を示す特性不安尺度の二面を測定する質問票である。状態不安尺度および特性不安尺度は、各 20 項目から構成されている。

⑤ IBQ：Pilowsky らによって開発された Illness Behavior Questionnaire (疾病行動質問紙法：IBQ) は、慢性疼痛患者における異常疾病行動に対する認知面からの把握を目的とした 62 項目からなる二件法形式 (はい、いいえで回答) の質問紙法である。1975 年に発表されて以来、米国はじめ各国でその妥当性および有用性が認められている。わが国でも 1995 年に本田・丸田らによって日本語版 IBQ の

妥当性および信頼性の検討がなされており、IBQ は慢性疼痛患者特有の精神心理的特性を描出するうえで有用な心理検査法の一つとして確立している。

4) その他のパラメーター：

①年齢、②性別、③婚姻、④教育年数、⑤職業、⑥がんの部位、⑦転移、⑧病期、⑨疼痛、⑩Performance Status (ECOG)、⑪社会的状況 (家庭環境等) の 11 項目を患者背景を表すパラメーターとして用いる。

D. 考察

今回の予備調査から以下のことが判明した。

- ① 適応技術に関しては、患者個別に可能な方法を組み合わせて行う必要がある。
- ② 評価方法に関しては、全部を毎回施行するのはかなり患者の負担に成る可能性があるので、STAI および IBQ は認知行動療法的アプローチを施行前に 1 回のみ行う。栗原班調査票、POMS および HADS は、施行前と施行後に行うことの方がよいと思われた。

E. 結論

今回の予備調査により、認知行動療法的アプローチをがん患者に適用するうえでの研究プロトコルの概略ができた。今後、このプロトコルに基づいてのデータ収集および解析を通して、緩和医療に対する慢性疾患モデルの応用が有効かどうか、またどのように応用していくか調査していく。

F. 健康危険情報

特記すべきこと。

G. 研究発表

論文発表

1. 佐藤英俊：モルヒネの効きにくい痛み。臨床医 27:365-368, 2001
2. 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
3. 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
4. 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

学会発表

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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

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

がん患者に見られる精神症状の実態調査に関する研究

分担研究者 竹内靖 岩手県立中央病院精神科科長

研究要旨 がん患者に見られる精神症状の実態調査として、他科から当科に紹介となったがん患者 85 例について「コンサルテーションシート」を作成し、解析を行った。その結果診断名ではせん妄 41%、適応障害 33%、うつ病 11%、その他 15%であり、入院中の症例について見ると診察依頼の半数がせん妄であった。精神科受診への心理的抵抗がスタッフ・患者・家族共にあることがうかがわれ、その軽減への対策・検討が今後の課題として残された。

A. 研究目的

岩手県には県立病院が 27 有り、各医療圏でそれぞれの役割を担っているが、その中で当院は県のがんセンター的役割を担っている。この当院のがん患者に見られた精神症状の実態を調査する。その際他施設で共有可能なデータベースを構築する為国立がんセンターで試作されたがん患者の精神科コンサルテーションシートを使用して症状の評価・診断などを行って実態を調査し、治療効果を判断し、更に今後の課題を検討する。

B. 研究方法

H10 年 4 月 1 日～H13 年 3 月 31 日迄の過去 3 年間の当科の新患は 905 例であり、このうち他科外来、入院からコンサルテーション・リエゾン（以下 C-LP と記）を求められた症例は 482 例であった。

この症例の中からがん患者の精神症状の為に C-LP を求められたものを全てピックアップし、「コンサルテーションシート」を作成して解析し再評価、診断を行い又治療、関与、効果を判定する (retrospective)。更に平成 13 年度・平成 14 年度の新患についても来年度以降同様に症例を蓄積して推移を見ていくことにした。

（倫理面への配慮）

本研究は H10 年度から H12 年度迄の間に他科から当科に紹介されたがん患者の診療記録・看護記録からデータ収集を行い、がんセンターでコンサルテーションシートの読み取り、ファイル化を行ってもらったがその際プライバシーの侵害がおきないよう患者氏名・ID 番号は削除し患者個人のデータを徹底して厳重

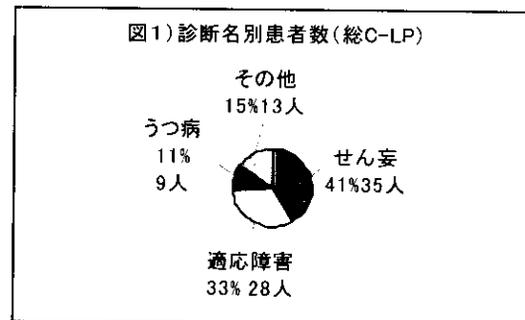
管理した。

C. 研究結果

表 1

(年度別) 新患数	内 C-LP 症例		内がん患者 C-LP	
	入院中	外来		
(H10 年) 339 人	入院中 92 人	外来 88 人	27 人	2 人
(H11 年) 272 人	入院中 71 人	外来 54 人	16 人	3 人
(H12 年) 294 人	入院中 109 人	外来 68 人	30 人	8 人
総計 905 人	入院中 272 人	外来 210 人	73 人	86 人

がん患者での C-LP は過去 3 年間で 86 例あ



り（表 1）、全 C-LP 482 例中約 18%であった。86 例中「コンサルテーションシート」を作成出来た 85 例について解析を行ったので、以下に概略を記す。

85 例のうち入院中は 72 例（男 48、女 24）・平均年令 61.0 才（25～90 才）外来は 13 例（男 5、女 8）・平均年令 52.9 歳（33～80 才）。

85 例の精神的診断分類ではせん妄 35 例

(41%平均年齢 68.9 才)、適応障害 28 例(33% 平均年齢 48.6 才)、うつ病 9 人 (11%平均年齢 65.3 才)、その他 13 人 (15%平均年齢 55.5 才) であり (図 1)、せん妄が最多であった。

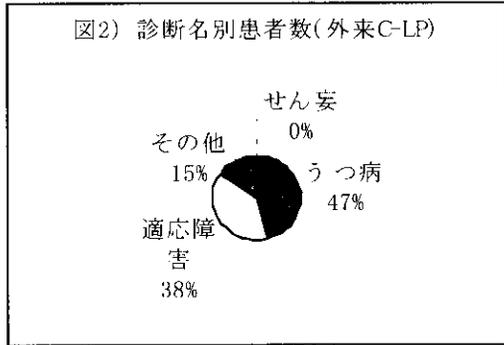
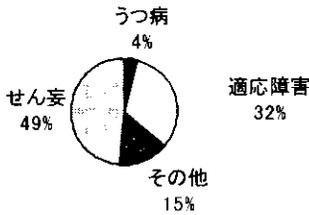


図3) 診断名別患者数(入院C-LP)



外来患者ではせん妄は無く (図 2) うつ病 6 例 (46%)、適応障害 5 例 (38%)、その他 2 例 (15%) であり、入院患者についてみると (図 3) せん妄 35 例 (49%)、適応障害 23 例 (32%) うつ病 3 例 (4%) その他 11 例 (15%) であった。その他には診断名なしの 1 例が含まれている。なお適応障害の 2 例ではハロペリドールでのアカシジア、メトクロプラミドでのパーキンソン症状が問題となった。

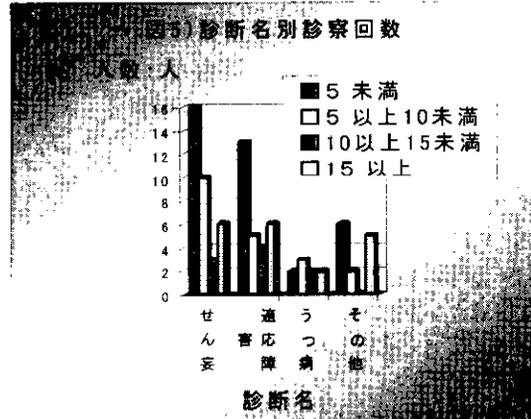
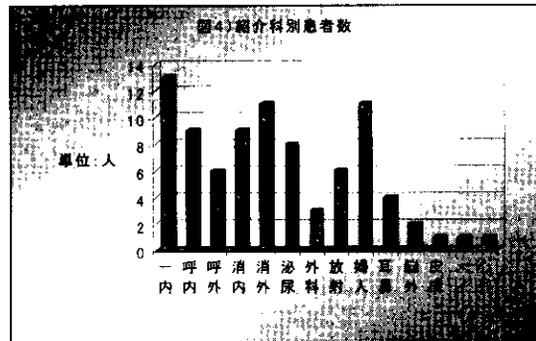
せん妄 35 例中活動型 23 例、不活発型 5 例、混合型 7 例。適応障害 28 例中不安 19 例、抑うつ 0 例不安と抑うつの混合 9 例。

がんの部位別では肺がん 18 例、腎がん・頭頸部がん・卵巣がん・悪性リンパ腫が各 6 例、白血病 5 例、胃がん・大腸がん・胆のうがん・乳がんが各 4 例、膀胱がん・食道がん・膵がん・子宮がん各 3 例、脳腫瘍 2 例、前立腺がん・肝がん・皮膚がん各 1 例、その他 5 例であった。

C-LP 依頼科別人数は図 4 に示した。

当科への精神科医から見た紹介理由 (重複回答あり) では「精神科的評価」を求めているもの 50 例、「不安/恐怖」33 例、「脳器質性症候群」32 例、「抑うつ」14 例、「向精神薬処方

上の評価」12 例、「睡眠障害」12 例、「行動の管理/焦燥感」10 例、「患者の要望による紹介」8 例、「精神病性でない精神科疾患の既往」11 例、「精神病性の精神科疾患の既往」8 例が主たるものであった。即ちがん患者のせん妄に対する対応の依頼と不安・抑うつに対する対応の二つが主体であり、他は精神科疾患患者の合併症治療を求められたものが主であった。85 例の終診理由は退院 1 例、死亡で終診 20 例、終了 49 例 (その後死亡も多い)、転院 9 例、その他 6 例 (現在も治療継続中 5 例、転院 1 例)。



診断名別に診察回数を見てみると図 5 のようになっており、治療的関与を行って経過観察し効果判定の出来た 70 例では軽快 (著効~有効) 41 例 (58.6%)、軽減 (やや有効) 19 例 (27.1%)、不変あるいは悪化 10 例 (14.3%) であり、せん妄についてみると治療的関与を行った 29 例では軽快 13 例 (44.8%)、軽減 11 例 (37.9%)、不変あるいは悪化 5 例 (17.2%) と軽快率が下がり、軽減以下の割合が増えている。

D. 考察

がんの病期・部位はまちまちであり、又入院・外来の別もあるが当院において C-LP を求められた全てのがん患者についてその見られ

る精神症状の実態調査を「コンサルテーションシート」を使って行った。当院でC-LPを求められたものではせん妄が最多であった。特に入院中のC-LPでは約半数がせん妄であった。諸家の報告ではがん患者にみられる精神症状は適応障害が最も多いとされており、がん患者では適応障害・うつ病の重要性が指摘されている。せん妄を呈すると当科受診につながり易いが、それ以外では精神科的既往のあるもの以外では精神科受診に対する心理的抵抗があることがうかがえる。

精神科への心理的抵抗の軽減の為に

- ① がん告知の際、精神的動揺に対し心のケアをする精神科外来があることを案内するパンフレットを配布する(但し精神科のマnpワ-を要する)。
- ② 適応障害やうつ病をスタッフが看過せぬよう簡便なスクリーニング方法が開発され臨床現場に導入されること。
- ③ 「精神科」という標榜が適当かどうか。「心療内科・精神科」など、より紹介し易く心理的抵抗の少ないものに変えることも考慮の余地があると思われる。

治療的関与の行えた症例での治療効果判定では、軽減以上が85.7%となり効果が認められたが、その内容を検討すると、せん妄活動型・混合型では不穏・興奮の鎮静が出来れば一応軽減として判定しており、過鎮静の問題等患者のQOLの改善の観点からするとかなり問題のある判定となってしまう。せん妄不活発型5例では検査指示やスタッフ家族へのせん妄の説明・経過観察のみが大部分であり、緩和ケアは各科へ委ねてしまっていた。がん患者の末期～終末期のせん妄の適切な治療を「一人科長」として多彩な総合病院無床精神科活動の中で行って行くのはなかなか困難であることが実感された。

E. 結論

当院におけるがん患者に見られる精神症状を「コンサルテーションシート」を使用して実態調査し、解析の概略を報告した。せん妄が最多であり、その原因を考察し今後の課題を検討した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

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

緩和医療のあり方と普及に関する研究

分担研究者 東谷慶昭 山形県立中央病院心療内科・精神科医長

研究要旨 緩和ケア病棟の患者について、症状緩和のための使用薬物の検討を行った。45名中40名がモルヒネ製剤を使用し、そのうち13例が内服・坐薬使用、27例が注射薬を使用していた。モルヒネ注射一日投与量は2/3の症例で100mg以下であった。抗不安薬、抗うつ剤、睡眠導入薬、向精神病薬の内服に関しては一般病棟における薬物療法と質的には変わりがなかった。緩和ケア病棟においては麻酔科医による鎮痛補助薬（塩酸ケタミン、ドロペリドールなど）と、精神科医による向精神薬（フルニトラゼパムとミダゾラム、ハロペリドール）の静脈内投与が特徴的であると考えられた。緩和ケアにおいてはチーム医療が欠かせないことが改めて認識された。

今後、持続鎮静を必要とする病態の把握と対応の方法についてさらなる検討が必要であると考えられた。

A. 研究目的

緩和医療において、症状緩和（除痛、効不安、睡眠導入、鎮静等）に用いる薬物の使用状況を調査し、緩和医療における適切な薬物使用のあり方について検討する。その結果を啓蒙教育活動に用いることで、緩和医療の普及を促す。

B. 研究方法

平成13年5月に新設された山形県立中央病院の緩和ケア病棟（15床）に入棟し、平成13年12月末までに退棟した患者54名を対象とした。性別・年齢・がん種・年齢の患者背景とともに、使用薬物（モルヒネ製剤、鎮痛補助薬、睡眠導入薬、抗うつ薬、向精神病薬）を調査し、緩和医療における適切な薬物使用について検討した。

C. 研究結果

1. 患者背景

のべ患者数59名、同一患者の再入棟が5回あり実質患者数は54名であった。男性29名、女性25名。入棟時平均年齢は男性64.3歳（46-89歳）、女性67.5歳（38-90歳）。がん種は、肺がん16、大腸がん15、胃がん6、食道がん5、膵臓がん4、前立腺がん3、腎盂がん2、舌がん1、悪性黒色種1、卵巣がん1、胆管細胞がん1であった。入院日数は2日から114日まで幅があり、平均30.

4日。死亡退院50名、軽快退院9名であった。

2. 使用薬物

薬物使用は記録が明確な45名について検討を行った。

①モルヒネ製剤

45名中40名に投与された。脳転移があり精神症状が強かった1名と、転棟後に急変し1週間以内に死亡した3名が未使用の5名に含まれていた。

硫酸モルヒネ、塩酸モルヒネ錠の内服、塩酸モルヒネ坐薬を使用し注射薬を使用しなかったのは13名。27名は塩酸モルヒネの注射（皮下注・静注）を行い、モルヒネ投与量は一日量として50mgまで14名、100mgまで4名、500mgまで6名、1000mgまで2名、2000mgが1名であった。

②鎮痛補助薬

30名が使用しており、ジクロフェナクナトリウム坐薬が10名に投与され最も多かった。塩酸ケタミン静注7名、ドロペリドール静注5名。そのほかフェニトイン、カルバマゼピンの内服使用が各2名などであった。ケタミンとドロペリドール投与は全例が麻酔科医からの指示で行われた。

③睡眠導入薬

45名中37名が睡眠導入薬を使用していた。経口薬としてはフルニトラゼパム、トリアゾラム、プロチゾラムなどの薬物が投与さ

れていた。また9名に対してフルニトラゼパム・ミダゾラムの点滴静注が使用された。

以下に症例を呈示する。

71歳男性 肺がん・胸骨腰椎骨転移

入棟後モルヒネ 100mg 静注にて疼痛は緩和されたが、腰椎骨転移による下半身麻痺が出現。同時に極度の不安・不眠を訴え「眠りたい」と鎮静を希望。夜間のフルニトラゼパム使用開始。その後日中も鎮静を希望し、約2週間持続点滴を行った。

この症例のように不安や不眠が強度である場合、またせん妄が持続して回復しない場合、苦痛が強度で家族もみてもらえないという場合に鎮静薬の点滴静注が行われた。

④抗不安薬

日中の抗不安薬の使用は、アルプラゾラム 0.8-1.2mg が3名、ロラゼパム 1mg が1名、そのほかジアゼパムの筋注が2名であった。

⑤抗うつ薬

アミトリプチリン 50mg 使用が1名。塩酸トラゾドン 50mg 投与が2名あるも、これはせん妄治療のために処方されたものであった。

⑥向精神病薬

ハロペリドールが11名に投与され（静注10名、内服1名）、このうち2名は制吐剤としての投与で、9名がせん妄など精神症状に対しての投与であった。投与量は一日 2.5mg-5mg であった。

D. 考察

当施設では専属病棟医が存在せず、各科の主治医が持ち上がりで緩和ケア病棟でも主治医となる。一方、内科医2名・外科医1名・麻酔科医1名・精神科医1名・ソーシャルワーカー1名が併任の病棟担当として週1回のカンファレンスと回診を行い、主治医からの依頼がなくとも必要に応じて診療を行っている。

今回の薬物使用に関してしてみると、モルヒネ製剤の投与量はおもに各主治医が調整していた。鎮痛補助薬としての塩酸ケタミンやドロペリドールの投与に関しては麻酔科医が指示し、フルニトラゼパム、ミダゾラム、ハロペリドールの点滴静注に関しては精神科医が主に指示していた。内服薬に関しては緩和ケア病棟に特徴的なものはみられなかった。

一般病棟においても、コンサルテーションがあった場合は、麻酔科医も精神科医も往診する形で対応しているが、緩和ケア病棟の場合は主治医からの依頼がなくともナースから

の情報や回診時の状態に応じて対応するリエゾンスタイルである点が異なる。

疼痛や身体的苦痛が強度の場合に鎮痛補助薬が必要になり、加えて不安抑うつやせん妄などの精神症状が続くときには持続的な鎮静が必要になる。その際、主治医だけでは対応が困難であり麻酔科医と精神科医が医療チームの中に欠かせない。チーム医療の重要性が改めて認識された。

今後、持続鎮静を必要とする病態の把握と対応の方法についてさらなる検討が必要であると考えられた。

E. 結論

緩和ケア病棟における症状緩和に関する薬物使用の現状について報告した。一般病棟における薬物療法と質的には変わりがないが、麻酔科医と精神科医による鎮痛補助薬と鎮静薬の持続的静脈内投与が特徴的であると考えられた。緩和ケアにおけるチーム医療の重要性が改めて認識された。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

論文発表

なし。

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

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
共通データベースの作成とその普及に関する研究

分担研究者 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长

研究要旨 本研究では、がん患者の精神症状の標準的評価方法の開発、がん患者の精神症状に関するデータベースの作成と実態把握、患者支援プログラムの開発と有効性の検証を行い、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、国立がんセンター中央病院、東病院精神科へ紹介されたがん患者を後方視的に調査することにより、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、これらの要因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。

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。そのため患者、家族のQOLは顕著に阻害され、時には治療選択にも影響を及ぼしていることが明らかにされている。また、がん医療の現場では、精神症状は看過される傾向の強いことが指摘されているのみならず、患者の自殺の原因となることもある。従ってがん患者に頻度の高い精神症状に対する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、評価票の開発（コンサルテーションシート）とデータベースの構築により、がん患者の有病率が高い精神疾患を明らかにする。

B. 研究方法

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ていない。

C. 研究結果

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 (78.3)
	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)

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。

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

D. 考察

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膵がんであり、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候として、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。

E. 結論

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。

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, 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, 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, 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, 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, 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, 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, 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, Uchitomi Y, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *Int J Psychiat Clin Prac* (in press)

19. 明智龍男, 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
 20. 明智龍男, 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
 21. 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者のうつ病. 今月の治療 9:71-73, 2001
 22. 明智龍男, 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
 23. 明智龍男, 内富庸介: 精神的ケア. Medico 32:474-478, 2001
 24. 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
 25. 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
 26. 内富庸介, 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
 27. 内富庸介, 他: Psycho-Oncologyの科学的基盤. 分子精神医学 1:191-194, 2001
 28. 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
 29. 内富庸介, 他: Psycho-Oncologyとその科学的基盤. 癌と化学療法 28:747-751, 2001
 30. 内富庸介: 癌患者における抑うつ. 日本臨床 59:1583-1587, 2001
 31. 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
 32. 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
 33. 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
- 学会発表
1. Uchitomi Y, 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, 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, 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. 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
 6. 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
 7. 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
 8. 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
 9. 明智龍男, 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
 10. 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
 11. 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
12. 明智龍男, 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
 13. 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
 14. 内富庸介, 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
 15. 内富庸介, 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
 16. 秋月伸哉, 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
 17. 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
 18. 明智龍男, 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
 19. 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

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

一般外科病棟における精神腫瘍学のあり方に関する研究

分担研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授

研究要旨 本研究では、一般外科病棟における精神腫瘍学のあり方について確立するために、外科病棟に入院中の消化器癌患者を対象に、手術前、退院前、退院後の3時点の経過を追って、患者の臨床特性および心理状態を検討した。その結果、手術前はもとより退院前における心理状態の評価、ならびにそれに対する精神的ケアの必要性が示唆された。また、臨床評価の際には、疾患の重症度に加え、手術の既往の有無や家族形態にも配慮すべきことが伺われた。

A. 研究目的

一般の外科病棟においては、入院中の癌患者について心理面まで十分にケアすることは難しく、現状はうつ状態やせん妄などのはっきりした精神症状が出現して初めて対応することが多い。本研究では、一般の総合病院における外科病棟で悪性腫瘍の手術を受ける患者を対象とした、術前・退院前・退院後6か月以降の時点における抑うつ・不安さらにQOLの経時的変化、そしてそれらの心理特性およびQOLと、本人のストレスコーピングの関連を把握し、今後の「一般病棟における緩和ケア」導入に対する示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

一般外科病棟で胃・大腸癌の手術を受ける入院患者を対象に、本人の承諾を得た上で1)手術前、2)退院前、3)退院後6か月の3時点で面接を行い、その中で抑うつ・不安とストレスコーピング、およびQOLを捉えるために、以下の心理テストを実施した。SDS (Zung's Self Rating Depression Scale)、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)、CISS (Coping Inventory for Stressful Situations)、EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30。本調査実施においては院内倫理委員会の許可を得た。

C. 研究結果

対象は男性30名、女性15名の計45名。平均(±標準偏差)年齢は66.0(±9.9)歳、

平均(±標準偏差)入院期間が59.4(±27.2)日、原発腫瘍部位は胃(22名)、結腸(13名)、直腸(10名)であった。前述3時点を通じた経過において、「抑うつ」、「不安」はそれぞれ異なった推移を示し、対象者全体では「抑うつ」は術前よりもむしろ退院前の方が有意に高く、退院後6か月で再び術前レベルに軽減するというパターンであった。一方の「不安」は、術前が最も高く退院前、退院後6か月という時間経過とともに低下する傾向にあった(図)。

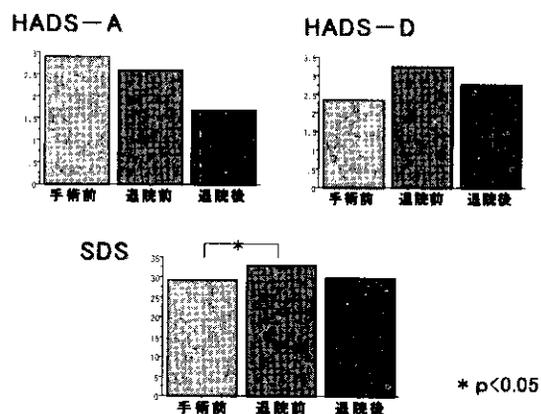


図. 癌患者の心理状態の経過による推移

全期間を通じて「抑うつ」、「不安」は、癌の進行度から求めた重症度と関連しており、重症群は「抑うつ」、「不安」ともに軽症群よりも高く、その差は有意であった。

また他の臨床要因との関連では、女性のほうが男性よりも全般的に「不安」が高い傾向