

#### D. 考察

本研究は、対象症例の7割以上が調査に参加できず、バイアスを含んだ結果となっている。特に緩和ケア病棟では入院時点で、全身状態が不良、PSが悪化していることが多く、また高齢者や認知障害を併発している症例も多いことから、多くの脱落症例を含んだ結果となっている。また本来代理評価が必要とされるPS不良例が、この調査に参加できていないことなどの問題点を含んでいる。

今回は、各項目毎の一致度は検討できていないが、平均値の検討では、患者自身が強い苦痛として評価した症状は、口渇を除いて家族も苦痛の上位の症状として評価していることから、各項目毎に過大評価もしくは過小評価がなされているが、家族は概ね患者の苦痛症状を評価していると考えられる。現時点では、当院の緩和病棟では脱落症例が多いため、多施設共同で症例集積を行い、MDASI-Jを用いた代理評価の実施可能性、有用性等について、評価検討していく必要がある。また現在日本の緩和医療においては、信頼性、妥当性が十分に検討された症状評価方法が確立されておらず、今後調査項目を絞って簡便にし、必要時に医療者の評価も含まれる評価表を作成していくことが必要と思われる。

#### E. 結論

患者自身による症状評価が困難な場合が多い緩和医療の現状で、代理評価を含めた症状評価法の確立は、緩和医療の質の向上につながる事が期待される。

#### 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. 小原弘之、他：緩和ケアについて－緩和ケアの現状と当院の緩和ケアの取り組み－山口県内科医会誌 2, 49-51, 2002.
2. 小原弘之、他：入院時アンケート調査に基づいたがん告知の現状. 山口医学; 51(4):119-123, 2002.
3. 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. Jan; 8 (1):287-292, 2002.

4. 小原弘之、他：進行肺癌患者の緩和治療－呼吸困難のコントローラー. 日本胸部臨床 61(11):969-981, 2002.
5. 宮内貴子、小原弘之、他：終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－足浴とリフレクソロジーを実施して－. ターミナルケア 12(6):526-530, 2002.

##### 学会発表

1. 小原弘之、他：難治性呼吸困難に高用量のオピオイドを使用した肺癌の2例. 第41回日本肺癌学会中国四国地方会 2002. 7, 徳島
2. 小原弘之、他：終末期癌患者の呼吸困難に対する furosemide 吸入療法の効果の検討. 第40回日本癌治療学会 2002. 10, 東京
3. 野村恵子、小原弘之：頭頸部がん患者さんのボディイメージ障害について. 第17回山口県緩和ケア研究会 2002. 5, 山口
4. 宮内貴子、小原弘之：進行期がん患者の倦怠感に対するアロマセラピーを併用した足浴と下肢マッサージの有効性の検討. 第26回日本死の臨床研究会年次大会 2002. 11, 群馬

#### 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（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

がん告知に対する意識調査からみた卒前緩和医療および緩和ケア教育の在り方に関する研究

分担研究者 佐藤英俊 佐賀医科大学医学部附属病院麻酔科蘇生科緩和ケア研究室

研究要旨 ここ数年来のホスピス緩和ケア病棟の増加と共に、卒前における緩和医療および緩和ケア教育の必要性が求められている。本研究では、がん告知に対する意識調査を通して、医学生・看護学生・専門学生のがん告知に対する現状の把握ならびに卒前教育における緩和医療および緩和ケア教育の在り方について調査することを目的としている。①がん告知に関しては、「病名を知りたい」という回答が81%であったが、「一人だけで聞きたい」との回答が49%にとどまっており、告知の形態に配慮する必要がある。②最期を過ごす場所として「自宅」(64%)・「緩和ケア病棟・ホスピス」(19%)合わせて83%であり、「自宅」と「緩和ケア病棟・ホスピス」を行ったり来たりできる医療システムの構築が望まれる。③ターミナルケアの講義に出席してホスピスや緩和ケア病棟に対するイメージが変わったと答えた学生は60%であり、卒前教育における緩和医療・緩和ケア教育カリキュラムの確立が必要である。

A. 研究目的

本研究は、ターミナルケアの講義後に医学生、看護学生およびその他の医療系学生に対してアンケート形式による「がん告知に関する意識調査」を実施し、医療系学生のがん告知に対する現状の把握と卒前教育における緩和医療ならびに緩和ケア教育の在り方について調査することを目的としている。

B. 研究方法

- 1) 佐賀医科大学医学部医学科学生（4年生）、佐賀医科大学医学部看護学科学学生（4年生）産業医科大学医学科学生（2年生）、佐賀県内の看護学校学生（2・3年生）、医療系専門学校緑生館学生（2年生）を対象に、11項目の質問からなるアンケート用紙による調査を行った。
- 2) アンケート調査は、ターミナルケアに関する講義を行った後に対象施設の学生に対して施行した。
- 3) 中間調査として、1999年度から2002年度の蓄積データから医学生・看護学生・医療専門学生各々136名計408名を抽出して分析・検討した。

（倫理面への配慮）

アンケートによる結果は、学習成績評価とは直接的にも間接的にも一切関係がないこと、個人のプライバシーは厳重に守られること、アンケートに不参加の場合にも不利益は生じないことをアンケート施行直前に口頭で説明した。

C. 研究結果

今回の中間調査では、医学生・看護学生・医療専門学生各々136名計408名を抽出した。学生のプロフィールを表1に示す。

	医学生	看護学生	専門学生	全体
人数	136	136	136	408
性別				
男	52.2%	3.7%	33.8%	30%
女	47.8%	96.3%	66.2%	70%
年齢(平均)	22.4	22.1	20.4%	21.6%
18-25	96.3%	89.7%	94.9%	94%
26以上	2.2%	6.6%	5.1%	5%
不明	1.5%	3.7%	0%	2%

表1 対象プロフィール

また、各項目ごとの医学生・看護学生・医療

専門学生各々の回答内訳は表2～表11のとおりである。

項目1：「検査内容について、医師からどの程度の説明をうけたいと思いますか。」

	医学生	看護学生	専門学生	全体
詳しく知りたい	80.1%	83.1%	85.3%	83%
簡単に知りたい	26.9%	16.2%	13.2%	15%
知りたくない	2.2%	0%	0%	1%
わからない	0.7%	0.7%	1.5%	1%

表2 項目1の回答内訳

項目2：「検査結果について、医師からどの程度の説明をうけたいと思いますか。」

	医学生	看護学生	専門学生	全体
詳しく知りたい	86.8%	89%	89%	88%
簡単に知りたい	10.3%	8.8%	10.3%	10%
知りたくない	1.5%	0.7%	0%	1%
わからない	1.5%	1.5%	0.7%	1%

表3 項目2の回答内訳

項目3：「治療方針について、医師からどの程度の説明をうけたいと思いますか。」

	医学生	看護学生	専門学生	全体
詳しく知りたい	90.4%	90.4%	83.1%	87%
簡単に知りたい	8.8%	9.6%	16.2%	12%
知りたくない	0%	0%	0%	0%
わからない	0.7%	0%	0.7%	1%

表4 項目3の回答内訳

項目4：「治療経過について、医師からどの程度の説明をうけたいと思いますか。」

	医学生	看護学生	専門学生	全体
詳しく知りたい	83.1%	89.7%	75%	82%
簡単に知りたい	15.4%	8.8%	22.8%	15%
知りたくない	0.7%	0%	0.7%	1%
わからない	0.7%	1.5%	1.5%	2%

表5 項目4の回答内訳

項目5：「治りにくいがんや末期がんと診断された時、医師から病名を告知してもらいた

いと思いますか。」

	医学生	看護学生	専門学生	全体
知りたい	86%	80.9%	77.2%	81%
知りたくない	2.9%	5.1%	2.9%	4%
わからない	11%	14%	19.9%	15%

表6 項目5の回答内訳

項目6：「もし医師から治りにくいがんや末期がんの病名を告知してもらった時、どのような形がよいですか。」(複数回答)

	医学生	看護学生	専門学生	全体
一人で	54.4%	35.3%	55.9%	49%
家族と	35.3%	51.5%	33.1%	40%
家族以外と	2.2%	6.6%	5.1%	5%
わからない	9.6%	6.6%	6.6%	8%

表7 項目6の回答内訳

項目7：「もし家族や家族以外の知人が病名をあなたに告知することに反対している時、あなたはどうしますか。」(複数回答)

	医学生	看護学生	専門学生	全体
それでも知りたい	74.3%	67.6%	61.8%	68%
意向に従う	3.7%	8.1%	11%	8%
説得してほしい	10.3%	15.4%	16.2%	14%
わからない	13.2%	9.6%	11%	11%

表8 項目7の回答内訳

項目8：「あなたの家族あるいは知り合いの人が、がんにかかったことがありますか」

	医学生	看護学生	専門学生	全体
ある	63.2%	58.8%	70.6%	64%
ない	36.8%	41.2%	29.4%	36%

表9 項目8の回答内訳

項目9：「もしあなたが末期がんで治療しても治る見込みがなく、あと6カ月以内の命と言われた時、あなたは医療者や家族など周囲の人にどうしてもらいたいですか。」(複数回答)

	医学生	看護学生	専門学生	全体
病院で治療	1.5%	0.7%	2.2%	1%
ホスピスで	26.5%	34.6%	25.7%	29%
自宅で	63.2%	58.1%	59.6%	60%
その他	3.7%	2.2%	6.6%	4%
わからない	13.2%	5.9%	8.1%	9%

表10 項目9の回答内訳

項目10:「もしがんで亡くなるとしたら、最期はどこで亡くなりたいですか。」(複数回答)

	医学生	看護学生	専門学生	全体
病院で	2.9%	1.5%	0%	1%
ホスピスで	11%	28.7%	16.2%	19%
自宅で	65.4%	61.8%	66.2%	64%
その他	5.9%	2.2%	9.6%	6%
わからない	16.9%	11.8%	12.5%	14%

表11 項目10の回答内訳

項目11:「ホスピスおよび緩和ケア病棟という言葉から、どのようなイメージを連想しますか。ご自由にお書きください。」(自由記入)

394名の記入があった。このうちターミナルケアの講義に出席してホスピスや緩和ケア病棟に対するイメージが変わったと答えた学生は63%であった。記入内容をあげると、「今日講義を聴いて緩和ケア病棟への考え方・見方が変わった」「ホスピスより緩和ケア病棟というほうが気が楽になるようなイメージをうける」「今まで興味がなく考えていなかったが、ホスピスの重要性がわかった」「授業の前は、入ったら出られない、最期を見取る場所としかイメージできなかった。しかし、今はコントロールして退院することも可能と知り、驚いた」などがあつた。

#### D. 考察

項目1~項目2の検査内容・結果および治療方針については、「詳しく知りたい」が平均83%以上であったが、専門学生>看護学生>医学生の順に多かった。

項目3~項目4の治療方針・経過に関しては、「詳しく知りたい」が平均82%以上であったが、看護学生>医学生>専門学生の順に多かった。

項目5の「がん」という病名告知に関しては、「知りたい」が平均81%であり、医学生>看護学生>専門学生の順に多かった。項目6の告知の形態に関しては、「一人だけで聞きたい」(49%)・「家族と聞きたい」(40%)合わせて89%であった。ここでは医学生および専門学生は、「一人だけで聞きたい」が「家族と聞きたい」より多かったが、看護学生は逆に「家族と聞きたい」が「一人だけで聞きたい」より多かった。

項目7では、告知に対して反対者がでた場合、「それでも知りたい」が平均68%であり、

医学生>看護学生>専門学生の順に多かった。告知に関しては、「基本的には聞きたいのであるが、一人で聞くのもこわい」という印象で、告知の形態に配慮する必要がある。

項目9では、余命6カ月と告げられた時「苦痛をコントロールしながら自宅でケアを受けたい」(60%)・「緩和ケア病棟・ホスピス」(29%)合わせて89%であった。治療を希望したのは1%であった。また項目10の亡くなる場所では、「自宅」(64%)・「緩和ケア病棟・ホスピス」(19%)合わせて83%であった。最期を自宅で過ごしたいという潜在的な希望が多数あり、「自宅」と「緩和ケア病棟・ホスピス」を行ったり来たりできる医療システムの構築が望まれる。

自由感想では、「講義を受けて緩和ケア病棟・ホスピスに対するイメージが変わった」と回答した学生が60%に上つた。卒前教育における緩和医療・緩和ケアに関する教育カリキュラムの早急な確立が必要である。

#### E. 結論

今回の中間調査から医学生・看護学生・専門学生のがん告知に関する現状を一部把握できた。また、卒前教育の中に緩和医療・緩和ケアの講義を導入する必要があることがわかった。現在未整理のデータが約500件あり、整理中である。今後は、全データによる解析を進めていきたい。

#### 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. 佐藤英俊：鎮痛補助薬の上手な使い方。痛みと臨床, 2(2):150-156, 2002.
2. 佐藤英俊：モルヒネ徐放剤の発展と今後の展望, 問題点. 緩和医療学, 4(2):141-147, 2002.
3. 佐藤英俊：がん疼痛の緩和-薬物療法. ペインクリニックが関わる緩和医療. 65-81, 真興交易, 東京, 2002.
4. 佐藤英俊：オピオイドローテーション. 看護技術, 48(12):71-74, 2002.

##### 学会発表

1. 佐藤英俊：「がんと共に生きる：佐賀県立病院好生館緩和ケア病棟開設4年間の軌跡」. 招待講演. 第12回旭川緩和医療研

究会, 2002. 2.

2. 桑野敬悟, 佐藤英俊:「適応障害をきたした末期がん患者に対する左右交代性タッピング刺激を用いた治療経験」. 示説. 第7回日本緩和医療学会総会, 2002. 6.
3. 佐藤英俊:「慢性疼痛に対する半導体レーザー治療後の即時除痛効果について」. シンポジウム. 第14回日本レーザー治療学会, 2002. 6.
4. 佐藤英俊:「漢方治療と鍼治療の併用が有効であった慢性頭痛3症例」. 口演. 第15回日本疼痛漢方研究会, 2002. 8.
5. 佐藤英俊:「緩和医療の現場における麻酔科医の役割」. シンポジウム. 第22回日本臨床麻酔学会, 2002. 11.
6. 平川奈緒美, 佐藤英俊:「佐賀頭痛懇話会におけるホームページ活動とアンケートからの頭痛に対する一般市民の意識調査」. 示説. 第22回日本臨床麻酔学会, 2002. 11.

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（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

がん患者の精神症状に対する患者支援プログラムの開発に関する研究

分担研究者 明智龍男、鈴木志麻子、谷口幸司、中野智仁、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

研究要旨 本研究では、進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法的介入の有用性の実証レベルおよび臨床実践における state of the art を検討することを目的として、進行・終末期がん患者を対象にした精神療法に関する論文を系統的にレビューした。その結果、進行・終末期がん患者に対する精神療法的介入の有用性は強く支持されるとは言えないものの、その施行が考慮され得る治療であることが示された。また、がん患者に対して精神療法を行うに際しては、「支持的精神療法」を基本的な治療技法として、心理的防衛機制としての「否認」、「退行」を原則的に尊重し、治療者の「逆転移」に十分な注意を払いながらアプローチすることの重要性が示唆された。

#### A. 研究目的

がん患者に頻度の高い精神症状として適応障害とうつ病が知られている<sup>21, 25)</sup>。しかし、がん患者のこれら精神症状に対しての標準的な介入方法は国際的にも存在しない。本研究では、特に適応障害、うつ病を標的症状として、これらに対する適切な評価方法および効果的な介入方法を開発し、これらを統合した患者支援プログラムを開発することを第一の目的とする。

がん患者の精神症状に対する精神医学的治療の柱の一つは精神療法であるが、がん患者を対象としたメタアナリシスにおいて、その有用性が示されている一方で<sup>19)</sup>、批判的吟味を行った最新の系統的レビューにおいては、その推奨の程度は現時点において限定されたレベルにしかない、あるいは一致した結果は得られておらず有用であるとは結論づけられないと報告されている<sup>14, 18)</sup>。さらに、治療が期待される予後が良好ながんと治療が望めない進行・終末期がん患者ではその治療的アプローチが異なるにも関わらず、これらを弁別した検討は行われていない。また、がん専門病院精神科におけるコンサルテーション活動においては、紹介される患者の半数以上は、再発もしくは転移性の進行・終末期がん患者であり<sup>1)</sup>、これら患者を対象にした有用な精神療法的アプローチの確立は極めて重要である。これら背景より、今回は、進行・終末期がん患者の不安と抑うつに対する精神療法に

関する既存の論文を系統的にレビューすることにより、現時点における精神療法の有用性を実証的に検討すること、および臨床実践における state of the art を明らかにすることを目的とした。

#### B. 研究方法

##### ・ 文献の検索方法と選択基準

進行・終末期がん患者に対する精神療法的アプローチに関する文献を次の基準に従い検索した。Medline と PsycINFO を用いて、cancer、counseling、psychotherapy、psychological therapy、psychological intervention、psychological interventions、psychosocial intervention、psychosocial interventions、group support、group therapy、relaxation、imagery、visualization を検索語として論文の電子検索を行った。また、これらにハンドサーチにより入手し得た論文も含めた。

次に以下の基準に従い、目的とする論文選択を行った。（適格基準）1. Medline と PsycINFO に関しては 1966 年から 2002 年 3 月までに出版された英語論文および日本語論文（検索は、2002 年 5 月 11 日に行った。）、2. 対象に進行がん患者もしくは終末期がん患者と明記してあるもの、3. がん患者に対しての精神療法的アプローチに関しての記述があるもの、4. 総説に関しては、進行がん患者もし

くは終末期がん患者と明記したうえで、その精神療法的アプローチに関しての詳細な記述があるもの（除外基準）1. 対象が早期がん患者に限定されているもの、早期と進行期のがん患者を混合しているもの、あるいは病期に関しての記載がないもの、2. 小児がん患者もしくはがん患者の家族を対象としたもの、3. 特定のがん治療（化学療法など）を受けている患者を対象とし、その副作用軽減を主たる目的としているもの、4. がん患者ではあるが、特にその他の特殊な状態にある患者（ホロコーストの生存者など）を対象としているもの、5. 精神療法のみではなく、薬物療法も併用した治療的介入を検討目的としているもの、6. 評価項目として不安、抑うつが含まれていないもの

#### ・精神療法の有用性に関する検討

1) 対象とした論文とその内的妥当性の検討  
進行・終末期がん患者の不安もしくは抑うつに対する精神療法の現時点における推奨レベルを決定するために、無作為化比較試験のみを対象として、これら症状に対して有意な改善を示した報告の割合を検討した。さらに、これら無作為化比較試験に対しては、Jadadらの方法(Jadad scale)を用いて、その内的妥当性を検討した<sup>10)</sup>。Jadadらの方法とは、無作為割付の有無とその隠蔽化、二重盲検化の有無とその保持、脱落者に関する記載の有無により、臨床試験の妥当性を評価しようと試みるものであり、前述した5つの要因を検討することにより、その臨床試験の内的妥当性を0-5点の範囲にスコア化（各々の基準に関して、基準を満たしていれば1点、満たしていなければ0点とし、全ての加算得点をスコアとする。スコアが高い研究は内的妥当性が高いと判断される。）して検討する方法である。古川は、無作為化比較試験においては、Jadad scaleにおいて3点以上を有することが望ましいと推奨している<sup>8)</sup>。なお、論文内容を検討し、各項目の採点を行ったが、記載が不完全であるもの、記載が認められないものに関してはスコアを0点として扱った。Jadadらの方法は、元々痛みに対する薬物療法の有用性を検討した臨床試験の内的妥当性を検討するために作成されたものであるため、二重盲検化が極めて難しい心理社会的介入に関する臨床試験に適用することの問題点を踏まえて、今回の検討においては、Jadadら

の基準をそのまま用いた場合（Jadad scaleが3点以上）と、二重盲検化に関連する2つの事項（二重盲検化の有無とその保持）を満足しないデザインでも妥当性があるとする修正基準（Jadad scaleが1点以上）を用いた場合の各々に関して、以下の方法に基づいて推奨レベルの判断を行った。

#### 2) 推奨レベルの判断

文献のレビューから得られた結果に基づく推奨レベルの判断は、Newellらの方法<sup>11)</sup>を参考に以下の方法を用いた。1. 強く推奨できる治療である：少なくとも1つの内的妥当性が高い（Jadad scaleが3点以上）臨床試験を含む3つ以上の無作為化比較試験で有用性が示されており、なおかつ75%以上の論文で一貫した結果が得られている。2. 現時点においては仮に推奨できる程度に留まっている：1の基準は満たさないが、無作為化比較試験の75%以上で一貫した結果が得られている。3. 行わないことを強く推奨できる治療である：少なくとも1つの内的妥当性が高い（Jadad scaleが3点以上）臨床試験を含む3つ以上の無作為化比較試験で症状の増悪が示されており、なおかつ75%以上の論文で一貫した結果が得られている。4. 現時点においては、行わないことが仮に推奨される：3の基準は満たさないが、無作為化比較試験の75%以上で一貫した結果が得られている。5. 保留：結果が一貫していない。なお、内的妥当性に関しては、修正基準を適用した場合とJadadらの基準（Jadad scaleが3点以上）のみを対象とした場合で、異なった推奨レベルが得られた場合は、後者から得られた結果を採用することとした。

#### ・臨床実践における state of the art

臨床試験の研究報告からは治療技法の詳細に関する情報は得られない可能性が高い一方で、実証レベルは低い、ケースシリーズや症例報告および治療に関する総説論文には、これら情報が含まれている可能性が高いことが想定された。従って、臨床実践におけるstate of the artを明らかにするために、進行がん患者の不安、抑うつに対する精神療法の治療技法の詳細が報告されている全ての論文を対象として、その内容を吟味した。この際、これら有益な情報が含まれているか否か

の判断に関しては第一著者が行い、選択された論文の内容を表にまとめ、その内容に関して、精神科医としての臨床経験を10年以上有し、かつ少なくとも1000例以上のがん患者を診療した経験を有する指導医クラスの精神科医3名(T. A.、T. N.、Y. U.)が、独立して評価を行った後に相互で議論を行い、全員の合意が得られた事項を推奨される可能性がある治療技法として抽出した。

(倫理面への配慮)本研究は、文献を対象とした研究であるため、特別な倫理的配慮は必要ないと判断した。

### C. 研究結果

電子検索、ハンドサーチの結果、総数401本の論文が抽出されたが、このうち前述の基準を満たす論文は計16報であった。臨床試験が9報であり<sup>3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 20, 24</sup>、このうち6報が無作為化比較試験<sup>3, 6, 7, 9, 12, 20</sup>、3報が対照群を持たない介入研究であった<sup>4, 13, 24</sup>。症例報告・ケースシリーズは3報<sup>2, 11, 23</sup>、総説は4報であった<sup>15, 16, 21, 22</sup>。

#### ・ 精神療法の有用性に関する検討

無作為化比較試験6報のうち、5報が転移性乳がん患者を対象にした集団精神療法<sup>3, 6, 7, 9, 20</sup>、1報が男性の転移性がんを対象にした個人精神療法の有用性を検討した研究<sup>12</sup>であった。集団精神療法の治療様式に関しては、支持的・表出的な技法を中心としたものが3報<sup>3, 9, 20</sup>、認知行動的な技法が中心のものが1報<sup>6</sup>、支持的技法に認知行動的技法を混合したものが1報<sup>7</sup>であった。個人精神療法には、支持的な治療技法が用いられていた<sup>12</sup>。

無作為化比較試験の内的妥当性の検討結果に関しては、Jadad scaleが3点の研究が1報<sup>9</sup>、2点<sup>3, 20</sup>、1点<sup>6, 7, 12</sup>であった。

有用性に関しては、内的妥当性に関して修正基準を満たす臨床試験を含んだ場合、不安を検討している5報のうち2報(40%)<sup>9, 20</sup>、抑うつに関しては6報のうち3報(50%)<sup>6, 9, 12</sup>、これら症状の有意な改善が示されていた。また、Jadad scaleで3点以上の研究は前述したように1報のみであり、本研究では、不安、抑うつ双方の症状の有意な改善が示されていた<sup>9</sup>。これらの結果から、修正基準を満たす臨床試験を含んだ場合は、推奨レベル

は保留と判定され、内的妥当性が高いもののみを対象とした場合では、仮に推奨できるレベルであると判定された。従って、前述した基準により、今回の無作為化比較試験を対象とした検討からは、進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法の推奨レベルは仮に推奨できるレベルと判断した。なお、参考までに記しておく、対照群を設定していない介入研究3報においては、すべての検討において精神療法の有効性は認められなかった<sup>4, 13, 24</sup>。

#### ・ 臨床実践における state of the art

##### 1) 症例報告

3報の症例報告は、いずれも複数の治療技法を用いた個人精神療法の有用性を示唆する内容であった。これら3報とも、進行がん患者に対して精神科医が治療を行ったケースであり、2例は自殺企図が依頼の契機になっていた<sup>11, 23</sup>。

一例としてLeighらの症例の概要を紹介する<sup>11</sup>。症例は、35歳の女性患者であり、乳がんに対しての拡大乳房切除術後に眼窩に再発し、放射線治療、化学療法、両側卵巣切除術を施行されたが、一年後に疼痛と黄疸が出現した。その約1ヵ月後にバルビツレート的大量服薬による自殺企図で精神科に紹介された。最初は信頼関係を構築し、支持的な関わりを行い、その後、患者の希望で洞察的な技法も用いることにより、がんに対しての不応の背景に、幼少時の母親の養育態度に関係する無意識的な葛藤があることが明らかになった。支持的な関わりに加えて洞察的な精神療法を継続することにより、患者は亡くなるまでがんを否認し続けながらも精神的な安寧を保つことができた。Leighらは、終末期がん患者であっても洞察的精神療法が有用であり得ると結論づけていた。その他の2報においても、いずれもがんへの不応の背景に無意識的な葛藤が存在し、これらを力動的に理解したうえで援助する技法に関しての報告であった。これら症例報告に関しては、場合によっては力動的な治療が有用であるという3報に通じる結論に異論はなかった一方で、個々の治療技法に関しては、一般化することはできないであろうという点で合意が得られた。



## 2) 総説

総説 4 報は、全て力動精神医学の立場からの報告であり、進行・終末期の特殊性に配慮した一般的な留意事項に加え、進行・終末期のがんを対象とする場合の治療構造、推奨される治療技法、頻度の高い防衛機制とそれへの対処、そして患者-医療者間におこりやすい転移・逆転移に関する問題などが扱われていた。一例として Straker による一般的な留意事項を紹介すると、彼は、がん患者に対しては、様々な技法を組み合わせたり、移行したりなど、極めて柔軟な治療技法が要求されること、また、治療者は、推定予後や患者と担当医との関係、そして身体症状など患者の QOL に関して継続的に焦点を当て続けるべきである、と記していた<sup>22)</sup>。治療構造に言及した論文は 2 報みられたが<sup>15, 16)</sup>、その内容は個々で異なり、1 報は推奨している治療技法（短期精神療法）に基づく半構造化の必要性を説き<sup>16)</sup>、1 報は、時間や場所については、患者の身体状態に応じた柔軟な構造が必要である<sup>15)</sup>、と記していた。治療技法に関しては、支持的な精神療法を基礎に、症例に応じて洞察的精神療法などの併用を推奨する報告が 3 報と最も多く<sup>15, 21, 22)</sup>、1 報が短期精神療法を推奨していた<sup>16)</sup>。防衛機制に関しては、否認を 3 報<sup>15, 21, 22)</sup>、退行を 3 報<sup>16, 21, 22)</sup>、置き換えと投影を 1 報<sup>21)</sup>が論じていた。否認、退行について論じていた 3 報全てが、進行・終末期においては、これらの心理的防衛は適応的なものが多いために、原則的に介入を要しないとしていた。置き換えを論じていた報告は、本防衛は、患者にとっては適応的である場合もあるが、その対象となった者にとっては苦悩の原因となるため、置き換えによりケアを提供している者との関係が障害されているような場合は、死にゆくために生じている怒りの感情を表出させることが有用である、としていた。投影に関しては、「終末期におこる妄想状態は、しばしば投影の防衛機制により理解され得る。意識が障害された急性錯乱状態は、抑制の解除をもたらし、それにより患者の過去の出来事に関しての罪責が被害的な幻聴となって現れる。この状態には、精神療法も有用である。」と記されていた。2 報に逆転移に関しての記載がみられ<sup>15, 22)</sup>、いずれも、進行・終末期の患者に精神療法を行う際の特別な注意点であることを指摘しており、Straker は、「逆転移に気づかない場合、不適切な治療終結の原因

となったり、患者の見捨てられ不安を助長する可能性がある。痛み、恐怖、死、そして絶望に直面している終末期患者を援助することへの自己の無力感に圧倒される治療者もいるが、それでもなお、治療者は、逆転移が患者に及ぼす影響に関して理解しておく必要がある。」と述べていた<sup>22)</sup>。これら治療技法に関する内容に関して合意が得られた事項は、1. 支持的な精神療法を基礎とする、2. 日々変化する身体状態と今後の悪化を考慮し、構造は柔軟に設定する、3. 原則的に、否認、退行を尊重し、それらに対する治療的介入は行わない、4. 治療者側に生じやすい逆転移に十分注意を払っておく、であった。

## D. 考察

今回の検討から、現時点において進行・終末期がん患者に対する精神療法的介入の有用性は強く支持されるとは言えないものの、その施行が考慮され得る治療であることが示された。多くの総説が、がん患者に対する精神療法を有用であると主張しているが、本結果は、特に進行・終末期という特殊な一群を対象とした場合には、必ずしも高い実証レベルで支持されるとは言えないことを物語っている。これは、進行・終末期がん患者に対する精神療法の必要性を否定する知見ではないが、これら対象を念頭においた、より有用な精神療法の在り方などに関する今後の研究の必要性を示唆しているものと考えられた。また、1 報を除く全ての無作為化比較試験は転移性乳がん患者に対しての集団精神療法の有用性を検証するものであり、今後、その他のがん種、時期、その他の治療的介入の有用性の検討を含めた研究の蓄積も必要であると考えられた。

治療技法に関する検討からは、幾つかの推奨される方法が示唆された。まず治療構造としては、柔軟性が重要であることが挙げられたが、これは様々な身体症状を有する進行・終末期という特殊な状況を考慮したための結果であると考えられた。技法に関しては、支持的な精神療法の重要性が挙げられたが、これは、がん患者にみられる不安、抑うつが多くは、様々なストレスに直面して反応性に起こってくるものであり、従ってパーソナリティの再構成や深い洞察を目的とする洞察的精神療法は元々適応となることが少ないうえに、こういった技法が禁忌とされる状態（身体的な危機状況、高度な不安）が急速にあらわれることも稀ではないといった理由によるもの

と考えられた<sup>17)</sup>。一方で、近年、不安性障害や大うつ病に対して有効性が示されている対人関係療法などに関しては、報告そのものが存在せず、今後の課題であると考えられた。

防衛機制として、否認、退行を取り扱ううえでの特異性が挙げられた。すなわち、進行・終末期がん患者においては、多くの患者が間近に迫った死の恐怖に対処するために、否認、退行といった心理的防衛機制を用いるのであり、これはその状況から、多くの場合適応的な防衛であることが想定されるので、原則的に取り扱わない方向性が示されたものと考えられた。最後に、治療者の逆転移の重要性が示唆された。これは、対象の多くが日々身体的に悪化していく患者であり、その治療終結が患者の「死」をもって迎えられることが多く、そのために治療者が特に無力感を中心とした逆転移感情に圧倒されることが稀ではないといった治療状況が関係しているものと考えられた。Straker は、痛み、恐怖、死、そして絶望に直面したがん患者に圧倒される精神科研修医に毎年出会うと記しており<sup>22)</sup>、進行・終末期がん患者と精神療法的な関わりを持つうえで、特に経験の浅い治療者が常に念頭においておかなければならない重要な事項であると考えられた。今回の研究には幾つかの問題点が存在する。まず、精神療法の有用性に関する検討に関しては、個々の研究の結果を統計学的に有意なものとして有意でないものに2分割して、有意な研究の割合と絶対数で評価するという手法を選択したため、 $\beta$ エラー（実際には差があるにも関わらず、誤って差がないと判断してしまう確率）により有効性が示されなかった可能性も否定できないと考えられた。臨床実践における state of the art の検討に関しては、選択された論文はすべて総説であり、実証レベルが低いという問題点が挙げられることに加え<sup>8)</sup>、同一施設に属する3人の精神科医によって推奨する内容を決定したために多くのバイアスに影響を受けている可能性が否定できない。従って、今回の臨床実践としての推奨事項に関しては、このようなバイアスの存在を踏まえる必要があると考えられた。

#### E. 結論

進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法的介入の有用性は強く支持されるとは言えないものの、現時点においてはその施行が考慮され得る治療であることが示さ

れた。また実証レベルは低く、経験的な知見からの推測ではあるが、がん患者に対して精神療法を行うに際しては、「支持的精神療法」を基本的な治療技法として、心理的防衛機制としての「否認」、「退行」を原則的に尊重し、治療者の「逆転移」に十分な注意を払いながらアプローチすることの重要性が示唆された。

#### 文献

1. Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H. 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.
2. Bleeker, J.A.C.: Brief psychotherapy with lung cancer patients. *Psychother. Psychosom.* 29;282-287, 1978.
3. Classen, C., Butler, L.D., Koopman, C. et al.: Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. a randomized clinical intervention trial. *Arch. Gen. Psychiatry* 58;494-501, 2001.
4. Cocker, K.I., Bell, D.R., Kidman, A.D.: Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: a brief report of a pilot study. *Psycho-oncology* 3;233-237, 1994.
5. Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249;751-57, 1983.
6. Edelman, S., Bell, D.R., Kidman, A.D.: A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 8;295-305, 1999.
7. Edmonds, C.V.I., Lockwood, G.A., Cunningham, A.J.: Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology* 8;74-91, 1999
8. 古川壽亮: エビデンス精神医療. 医学書院, 東京, 2000
9. Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M. et al.: The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N. Engl. J. Med.*

- 345:1719-1726, 2001.
10. Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., et al: Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials* 17;1-12, 1996
  11. Leigh H.: Psychotherapy of suicidal, terminal cancer patient. *Int' l. J. Psychiatry in Medicine* 5;173-182, 1974.
  12. Linn, M. W., Linn, B. S., Harris, R.: Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 49;1048-1055, 1982.
  13. Llewelyn, S. P., Murray, A. K., Johnston, M., et al: Group therapy for metastatic cancer patients: report of an intervention. *Psychology, Health & Medicine* 4:229-240, 1999
  14. Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., Savolainen, N. J.: Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J. Natl. Cancer Inst.* 94:558-584, 2002
  15. Postone, N.: Psychotherapy with cancer patients. *Am. J. Psychotherapy* 52;412-424, 1998.
  16. Rawnsley, M. M.: Brief psychotherapy for persons with recurrent cancer: a holistic practice model. *Advances in Nursing Science* October;69-76, 1982.
  17. Rodin, G., Gillies, L. A.: Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. In: (ed.), Chochinov, H. M. and Breitbart, W. *Handbook of psychiatry in palliative medicine.* Oxford University Press, New York, p. 189-196, 2000.
  18. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, et al: Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *Eur. J. Cancer* 38;1447-1457, 2002
  19. Sheard, T., Maguire P.: The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br. J. Cancer* 80;1770-1880, 1999
  20. Spiegel, D., Bloom, J. R., Yalom, I.: Group support for patients with metastatic cancer. a randomized prospective outcome study. *Arch. Gen. Psychiatry* 38;527-533, 1981.
  21. Stedeford, A.: Psychotherapy of the dying patient. *Br. J. Psychiatry* 135;7-14, 1979.
  22. Straker, N.: Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J. Psychotherapy Practice and Research* 7;1-9, 1998
  23. Tarnower, W.: Psychotherapy with cancer patients. *Bull. Menninger Clinic* 48;342-350, 1984
  24. Vries, M. J. de., Schilder, J. N., Mulder, C. L. et al.: Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-oncology* 6;129-137, 1997.
  25. Wilson, G., Chochinov, H. M., Faye, B. J. De., et al.: Diagnosis and management of depression in palliative care. In: (ed.), Chochinov, H. M., Breitbart, W. *Handbook of psychiatry in palliative medicine.* Oxford University Press, New York, p. 25-49, 2000.
- 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: Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma: A 6-month follow-up study. *Cancer* 95, 1085-1093, 2002
  2. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 32, 506-511, 2002
  3. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* (in press)
  4. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *International*

- Journal of Psychiatry in Clinical Practice (in press)
5. Tanaka T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Impact of dyspnea, pain and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 23, 417-423, 2002
  6. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *Journal of Clinical Oncology* 20, 758-764, 2002
  7. Tanaka K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Factors correlated with dyspnea in advanced lung cancer patients. Organic causes and what else? *Journal of Pain and Symptom Management* 23, 490-500, 2002
  8. Tanaka T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 23, 484-489, 2002
  9. Sugawara Y, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Efficacy of methylphenidate for fatigue in advanced cancer patients—a preliminary study. *Palliative Medicine* 16, 261-263, 2002
  10. Akizuki N, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the pharmacological treatment algorithm for major depression in advanced cancer patients: preliminary study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 6, 83-89, 2002
  11. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Metyrapone for Cushing's Syndrome. *American Journal of Psychiatry* 159, 1246, 2002
  12. Uchitomi Y, Akechi T, Nakano T, et al: Lack of association between suicidal ideation and enhanced platelet 5-HT<sub>2A</sub> receptor-mediated calcium mobilization in cancer patients with depression. *Biological Psychiatry* 52, 1159-1165, 2002
  13. Matsuoka Y, Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery. *Breast Cancer Research and Treatment* 76, 117-124, 2002
  14. Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. *American Journal of Psychiatry* 159, 2087-2093, 2002
  15. Nakanishi T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychological distress of family members with cancer patients in Japan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 6, 205-210, 2002
  16. Uchitomi Y, Akechi T, et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology* 21, 69-77, 2003
  17. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Validation study of the Japanese version of the Brief Fatigue Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management* (in press)
  18. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and general population's opinions. *Journal of Pain and Symptom Management* (in press)
  19. Matsuoka Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: A volumetric study of amygdale in cancer survivors with intrusive recollections. *Biological Psychiatry* (in press)
  20. Akizuki N, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in cancer patients. *Cancer* (in press)
  21. 明智龍男: 希死念慮. TECHNICAL TERM. 緩和医療、先端医学社、東京、pp124-125、2002

22. 明智龍男: 患者・家族への精神的サポート. 再発乳癌治療ガイドブック, 南江堂, 東京, pp244-253, 2002
23. 明智龍男: 不安・抑うつ. がんの在宅医療, 坪井栄孝監修, 中外医学社, 東京, pp189-199, 2002
24. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: サイコオンコロジーとターミナルケア. 看護のための最新医学講座 日野原重明, 井村裕夫監修 第 34 巻医療人間学 坪井康次編集 中山書店, pp183-203, 2002
25. 秋月伸哉, 明智龍男, 内富庸介: がん患者の抑うつ・不安のスクリーニング. 新世紀の精神科治療第 4 巻 リエゾン精神医学とその治療学, 松下正明総編集, 中山書店, 東京, pp59-66, 2003
26. 明智龍男: がん患者の抑うつへのアプローチ. 新世紀の精神科治療第 4 巻 リエゾン精神医学とその治療学, 松下正明総編集, 中山書店, 東京, pp67-77, 2003
27. 明智龍男: 自殺・希死念慮へのアプローチ. 新世紀の精神科治療第 4 巻 リエゾン精神医学とその治療学, 松下正明総編集, 中山書店, 東京, p88-99, 2003
28. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: 担がん患者のメンタルヘルス. Clinical Neuroscience20, 538-540, 2002
29. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 神経精神疾患治療の EBM-エビデンスに基づく神経精神疾患の治療戦略- 身体疾患に伴ううつ病. 脳の科学 24, 791-797, 2002
30. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 身体疾患に伴ううつ状態への初期対応-がんの抑うつ. Modern Physician 22, 2002-2009, 2002
31. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行肺癌患者の精神的ケア. 日本胸部臨床 61, 955-968, 2002
32. 明智龍男: サイコオンコロジーをがん看護に活かす-がん患者の精神症状の診断と治療. がん看護 7, 475-481, 2002
33. 明智龍男: サイコオンコロジーからみたがん性疼痛. 現代のエスプリ 426, 149-157, 2002
34. 明智龍男: がん診療における精神医学的介入-がん専門病院における取り組み. 血液・腫瘍科 45, 487-494, 2002
35. 秋月伸哉, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介: がん診療における向精神薬療法. 現代のエスプリ 426, 127-137, 2002
36. 柏倉美和子, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん と PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). 臨床精神医学 増刊号, アークメディア, pp213-219, 2002
37. 大庭章, 明智龍男, 内富庸介: コーピング (対処). TECHNICAL TERM 緩和医療, 先端医学社, 東京, pp128-129, 2002
38. 明智龍男 (翻訳): 医師による自殺帮助. ASCO 公式カリキュラム がん症状緩和の実際 No. 2, 向山雄人, 内富庸介, 有吉寛日本語監修, ヘスコインターナショナル, 東京, 2002/11/26

学会発表

1. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders in patients with advanced lung cancer. 12<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry (Yokohama) August 24-29, 2002
2. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung cancer: a longitudinal study. 49<sup>th</sup> Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine (Tucson) November 21-24, 200
3. Matsuoka Y, Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Relationship between the volume of the amygdale and cancer-related intrusive thoughts. 8<sup>th</sup> International Conference on Functional Mapping of the Human Brain (Sendai) June 2-6, 2002
4. Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Does small hippocampus predispose to a first major depressive episode? 8<sup>th</sup> International Conference on Functional Mapping of the Human Brain (Sendai) June 2-6, 2002
5. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: 治癒が望めない進行肺がん患者における希死念慮の頻度とその予測因子. 第 7 回日本緩和医療学会総会(松山)2002 年 6 月 28-29 日
6. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 乳がん患者の精神症状とそのケア. 第 10 回日本乳癌学会総会(名古屋)2002 年 7 月 5-6 日

7. 明智龍男、内富庸介、他：進行肺がん患者における希死念慮の頻度およびその予測因子. 第40回日本癌治療学会総会（東京）2002年10月16-18日
  8. 明智龍男：がん患者の痛みと精神症状-精神症状緩和における麻酔科医の役割. 第22回日本臨床麻酔学会大会（甲府）2002年10月31日-11月2日
  9. 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. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
  10. 秋月伸哉、明智龍男、中野智仁、内富庸介：ケースカンファレンス 治療を拒否し死に至ったがん患者-医療と倫理の狭間で. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
  11. 稲垣正俊、中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：海馬体積と初発大うつ病の関連についての検討. 第24回日本生物学的精神医学会（大宮）2002年4月10-12日
  12. 松岡豊、中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：侵入性想起と扁桃体体積との関連. 第24回日本生物学的精神医学会（大宮）2002年4月10-12日
  13. 秋月伸哉、中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：がん患者の適応障害・大うつ病に対する簡便なスクリーニング法の開発. 第15回日本サイコオンコロジー学会（東京）2002年5月30-31日
  14. 松岡豊、中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：Intrusive thoughtsを有したがん治療後長期生存者における心理的負担とスクリーニング. 第15回日本サイコオンコロジー学会（東京）2002年5月30-31日
  15. 稲垣正俊、中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：がんに関連する Intrusive thought と海馬体積の関連についての横断研究. 第15回日本サイコオンコロジー学会（東京）2002年5月30-31日
  16. 藤森麻衣子、明智龍男、内富庸介、他：がん医療におけるコミュニケーションスキルトレーニング法の有用性に関する研究. 第15回日本サイコオンコロジー学会（東京）2002年5月30-31日
  17. 村上好恵、安達勇、明智龍男、内富庸介、他：再発乳がん患者の精神的適応に関連する因子に関する研究. 第15回日本サイコオンコロジー学会（東京）2002年5月30-31日
  18. 長谷目悦子、内富庸介、明智龍男、中野智仁、他：生検前の前立腺癌患者のパーソナリティ特徴. 第43回日本心身医学会総会（東京）2002年5月23-24日
  19. 明智龍男、中野智仁、内富庸介、他：進行・終末期がん患者に対する精神療法のstate of the art-系統的レビューによる検討. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
  20. 稲垣正俊、明智龍男、内富庸介、他：嗅神経芽細胞腫による精神症状を伴うCushing症候群に対しmetyraponeが奏功した一症例. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
  21. 松岡豊、中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：がん治療後長期生存者における侵入性想起の臨床的意義. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
  22. 中野智仁、明智龍男、内富庸介、他：がん生存者における侵入性想起と海馬容積の関連. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
  23. 大庭章、明智龍男、内富庸介、他：術後早期に実施する乳がん患者のグループ療法の有用性に関する研究. 第15回日本総合病院精神医学会総会（東京）2002年11月28-29日
- 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。

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

分担研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院

**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および、コントロール群として癌以外の消化器疾患患者を対象に、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とQOLを検討した。その結果、癌患者においては、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、年齢や家族形態、さらには対処行動傾向にも配慮すべきことが伺われた。

A. 研究目的

前回までにわれわれは、一般外科病棟で手術を受ける消化器癌患者を対象に、術前・退院前・退院後6か月時点における「不安」と「抑うつ」および、QOL、さらにそれらとストレスコーピングとの関連、また他の臨床要因との関連について報告してきた。その内容は、手術をめぐる不安・抑うつを経時的変化において、「術前」よりも「退院前」の「抑うつ」が高いこと、「不安」と「抑うつ」がともに、ストレスコーピング、重症度、家族形態等と有意な関連を示したというものであった。一方QOLでは、全体的な推移として、「術前」よりも「退院前」にQOLが悪化する傾向にあり、退院前から術後6か月以上経過して、再び「術前」の水準近くに回復すること、癌患者といえども重症群と軽症群では、QOLの水準が異なること、QOLの変動が心理状況にも関連していることであった。今回は、手術をめぐる消化器癌患者の心理特性とQOLの推移について、「癌以外の手術」を受ける消化器癌患者群、すなわち対照群との比較をふまえて検討することとした。

B. 研究方法

一般外科病棟にて、消化器癌の手術を受ける入院患者群、およびその対照群として、癌以外の消化器疾患で手術を受ける患者群を対象とした。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「不安」、「抑うつ」といった心理状態とストレスコーピング、およびQOLを

捉えるために、以下の検査を実施した。①QOL調査票として EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30 日本語版、②日本語版 HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)、③日本版 SDS (Zung's Self Rating Depression Scale)、④CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) 日本語版。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

対象は癌患者群が男性53名、女性32名の計85名。平均年齢は $68 \pm 10.3$ 歳、平均入院期間が $56.6 \pm 26.5$ 日、腫瘍部位は胃(37名)、結腸(26名)、直腸(12名)、膵(3名)、食道(3名)、肝(2名)、胆のう(1名)原発の順で多く、胃と大腸で88%を占めていた。一方の対照群は、男性14名、女性11名の計26名、平均年齢は $64.8 \pm 13.0$ 歳、26名中21名(80.8%)が、胆石あるいは胆管結石の手術であった。

癌患者と対照群それぞれの「不安」、「抑うつ」の経時的変化を追うと、「不安」に関しては、両群とも有意な変化は認められず、「抑うつ」に関しては、対照群では経時的に有意な変化が認められないのに対し、癌患者群では「術前」よりも「退院前」の抑うつが高く、その後「術前」レベルには及ばないものの、「退院後」には回復するというパターンであった。一方QOLに関しては、対照群では、「退院前」で身体機能・役割機能・社会的機能面が有意に低下し、疲労・不眠・食欲不振症状

は悪化、一方便秘・下痢症状は「退院後」に最も悪化するのに対し、癌患者群では、先の機能に加えて全体的 QOL、情緒機能・認知機能が「退院前」で有意に低下、症状に関しても嘔気嘔吐・疼痛が加わって「退院前」で最も悪化した。対照群における便秘・下痢の推移は、癌患者群では認められなかった。

次に、ストレスコーピングおよび臨床要因との関連をみると、癌患者群と対照群の相違として、以下の内容が明らかになった。1) 癌患者群では、単身の方がそれ以外の家族形態の者よりも「抑うつ」が高く、「全体的 QOL」が低く、さらに「社会的機能」は高く、嘔気嘔吐・呼吸困難・不眠・食欲不振といった症状は強い。一方の対照群では、家族形態による相違は認められない。2) 癌患者群では、60 歳未満の患者の方がそれ以上の者よりも身体的機能が高く、経済的負担は大きい。対照群においては、年齢層による相違は認められない。3) 情緒的対処傾向 (CISS) の高い群と低い群によって異なる QOL (機能面と症状面) のそれぞれが、癌患者群と対照群では若干異なっている (心理特性の「不安」、「抑うつ」ではほぼ一致)。4) 癌患者群においては、情的対処傾向に加え回避的対処傾向 (CISS) でも、高い群の方が低い群よりも QOL の身体的機能が高い。

#### D. 考察

以上から、癌患者特有の手術をめぐる「不安」、「抑うつ」および QOL の水準と推移が把握された。また癌患者においては、「家族のサポート不足」や「年齢的負荷」による影響が大であること、両群の QOL および心理特性が、ストレスコーピングである「情緒的対処傾向」と多様に関連していること、中でも癌患者においては、情緒的対処に加えて回避的対処傾向も身体機能に関連していること等が明らかにされた。これらの結果をふまえた上で、疾患特異性を配慮した精神的ケアの必要性、またアセスメントの際には、疾患の重症度に加え年齢、家族形態、その人のもつ対処行動傾向にも配慮すべきことが伺われた。

#### E. 結論

一般病棟における緩和ケア導入を前提とする場合、今回の消化器癌の手術患者における心理状態の推移のみならず、手術を受ける他の癌患者に関しても、同様の追跡調査が必要とされよう。心理精神面における疾患特異性

が明らかにされることで、精神腫瘍学的視点からより専門性の高いケアの実現が可能となることであろう。

#### 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

なし。

学会発表

1. 野口海、松島英介、他：緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者の Spiritual Pain と QOL、不安・抑うつとの関連。第 7 回緩和医療学会総会。一般演題。2002 年 6 月、愛媛。
2. 野口海、松島英介、他：緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者とその家族の Spiritual Pain、不安・抑うつとの関連。第 26 回死の臨床研究会年次大会。一般演題。2002 年 11 月、高崎。
3. 野口海、松島英介、他：緩和ケア外来を訪れた終末期がん患者とその家族の不安・抑うつ。第 15 回日本総合病院精神医学会総会。一般演題。2002 年 11 月、東京。
4. 野口海、松島英介、他：緩和ケア外来を訪れた終末期がん患者とその家族の Spiritual Pain・不安・抑うつとの関連。第 8 回日本臨床死生学会大会。一般演題。2002 年 12 月、東京。
5. 松下年子、松島英介、他：手術を受ける消化器がん患者の心理特性と対処傾向に関する研究。第 22 回日本社会精神医学会。一般演題。2002 年 3 月、千葉。
6. 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ストレスコーピングに関する研究。第 15 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2002 年 5 月、東京。
7. 松下年子、松島英介、他：消化器がんの手術を受ける患者の QOL と心理特性。第 15 回日本総合病院精神医学会。一般演題。2002 年 11 月、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  
特記すべきことなし。



わが国におけるがん患者の精神科的問題に関する研究

分担研究者 中野智仁 国立がんセンター中央病院精神科

研究要旨 わが国におけるがん患者の精神科的問題に関して求められている介入のニーズを明らかにするために、新たに開発された評価項目の記録手法を用いて国立がんセンターにおける精神科コンサルテーションの観察研究を行った。調査期間中に 902 例のデータを収集し、頻度の高い精神科診断は、適応障害 (33%)、大うつ病 (20%)、せん妄 (13%) の順であった。この結果は先行研究で示されている有病率調査におけるがん患者の精神科的問題と同様の傾向を示し、これらの疾患に対する介入方法の検討が必要である可能性を示唆した。

A. 研究目的

がん患者に生じる精神科的問題については標準的な評価方法が確立しておらず、わが国のがん医療における精神科的問題にどのような介入が求められているかは十分検討されていない。がん患者の精神科的問題の頻度、診断・対処の内容を把握するために、国立がんセンターにおける精神科コンサルテーションを通じて、求められている精神科的介入のニーズを明らかにする。

B. 研究方法

精神科コンサルテーション時に必要な評価項目を記録するために開発された、コンサルテーションシートを用い、国立がんセンター中央病院と同東病院の精神科コンサルテーション患者の全例を対象として、平成 13 年 11 月 1 日から平成 14 年 10 月 31 日までの 1 年間、観察研究を行い、データベースを作成する。  
(倫理面への配慮)

介入的側面を持たない観察研究とし、個人を特定できる情報は削除して解析を行った。

C. 研究結果

平成 13 年 11 月 1 日から平成 14 年 10 月 31 日までの両施設の精神科コンサルテーション患者は 902 例であった。頻度の高い精神科診断は、適応障害 295 例 (33%)、大うつ病 181 例 (20%)、せん妄 120 例 (13%) の順で、133 例 15% が精神科診断に該当しなかった。

D. 考察

今回の結果は、欧米や数少ないわが国でのがん患者の精神科的問題の有病率調査で示された結果と同様に、適応障害、大うつ病、せん妄ががん患者の精神科コンサルテーションにおいて頻度が高く、大きな割合で対応が求められていることを示していると考えられる。

E. 結論

国立がんセンター中央病院・東病院における精神科コンサルテーションでは、適応障害、大うつ病、せん妄に対する精神科的介入が求められる頻度が高いことが示された。同様の調査を多施設で行い、十分な信頼性を持った結果を得るとともに、頻度の高い疾患に対する有効な介入方法の開発・検討が今後必要となろう。

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, Nakano T, Uchitomi Y, et al : Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology 32: 506-511. 2002
2. 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. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 6: 83-89, 2002
3. Matsuoka Y, Nakano T, Uchitomi Y, et al : Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery; a preliminary study. Breast Cancer Research and Treatment 76: 117-124, 2002
  4. Nakano T, Uchitomi Y, et al : Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. American Journal of Psychiatry 159: 2087-2093, 2002
  5. Sugawara Y, Nakano T, Uchitomi Y, et al : Efficacy of methylphenidate for fatigue in advanced cancer patients; a preliminary study. Palliative Medicine 16: 261-263, 2002
  6. Uchitomi Y, Nakano T, et al : Lack of association between suicidal ideation and enhanced platelet 5-HT<sub>2A</sub> receptor-mediated calcium mobilization in cancer patients with depression. Biological Psychiatry 52: 1159-1165, 2002
  7. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al : Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (in press)
  8. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. Psychosomatics (in press)

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

#### 学会発表

1. 中野智仁, 内富庸介, 他 : がん生存者における侵入性想起と海馬容積の関連. 第 15 回日本総合病院精神医学会. 一般演題. 2002 年 11 月, 東京
2. 中野智仁 : 国立がんセンター中央病院緩和医療支援チームの活動状況. 第 15 回日本総合病院精神医学会. シンポジウム. 2002 年 11 月, 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

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

がん患者にみられる精神症状の実態調査  
-同種幹細胞移植における心理状態とQOLの長期予後に関する研究-

分担研究者 赤穂理絵 都立駒込病院神経科

研究要旨 同種幹細胞移植（Allogeneic-Stem Cell Transplantation:以下ASCTと略す）12ヶ月後を迎える患者を対照に、Profile of mood status（以下POMSと略す）ならびにWHO-QOL26を施行し、12ヶ月後の心理状態とQOLを調査した。現時点まで6ヶ月間の調査期間に12例から回答が得られた。POMS得点はASCT施行前のPOMSと比較したところ、改善がみられたのは、活気項目のみであった。WHO-QOL26得点は平均3.37点であり、身体的領域と心理敵領域にばらつきがみられた。この結果からは、ASCT12ヶ月後には、気分状態QOL共に十分な改善傾向にあるとは言えず、この結果は、不十分な身体回復度、不十分な社会復帰状況に起因しているものと考えられる。

#### A. 研究目的

同種幹細胞移植（Allogeneic-Stem Cell Transplantation:以下ASCTと略す）に関する精神症状については、移植のための入院期間、いわゆる移植期に高率に精神障害が出現することが指摘されてきた。駒込病院神経科でも、これまで移植期の精神症状について検討していき、しかし移植病棟退室後も退院、社会復帰までの期間には様々な異なるストレスにさらされ続けることが予測される。

今回の調査は、ASCT12ヶ月後の心理状態とQOLの実態調査、ならびに心理状態・QOLに影響を及ぼす因子を同定することを目的とする。

#### B. 研究方法

対象は平成13年5月から平成14年4月までの1年間に都立駒込病院においてASCTを施行された全症例。

駒込病院ではリエゾン活動として、ASCT施行前に精神科医と臨床心理士各々による面接、ならびに心理状態の客観的指標であるProfile of mood status（以下POMSと略す）、コーピングスタイルの指標であるMental adjustment to cancer scale（以下MACと略す）を施行しており、今回の調査にもこのデータを活用する。新たにASCT12ヶ月後にPOMS、QOLの指標としてのWHO-QOL26、ならびに自覚的身体状態とQOLを尋ねるオリジナルアンケートを施行する。調査前に、移植チーム主治医に対して調査施行の可否（身体状態）の確

認をとる。

解析としては、1) POMS得点とWHO-QOL26得点からASCT12ヶ月後の心理状態とQOLの実態を調べる、2) ASCT12ヶ月後の心理状態とQOLに有意な影響を及ぼす因子を同定するため、ASCT前のPOMS得点、MAC得点、心理社会的状況（性別、年齢、就労の有無、パートナーシップの有無、教育歴）を独立変数として統計解析をおこなう。

（倫理面への配慮）

各症例本人には、調査主旨を説明した上、文書による同意を得るものとする。

今調査は、都立駒込病院倫理委員会の承認を得た。

#### C. 研究結果

平成14年5月から同年10月まで（調査予定期間のうちの6ヶ月間）にASCTから12ヶ月後を迎えた症例は31症例であった。31例中、12ヶ月後に生存していたのは、17例。17例中、2例は身体状態不良につき、主治医から調査実施不可と判断された。調査可能とされた15例に調査を施行し、うち12例から回答が得られた。

12例の内訳は男性4名、女性8名。平均年齢31.8±8.6歳。現在の身体的病状は、次のとおりである。寛解11名、再発1名。合併症を有する者6名。拒絶反応を有するもの7名であった。

社会的状況としては就労（就学）を果たし

ている者4名、休職中5名、無職3名であった。

心理状態指標である POMS 得点については Wilcoxon テストを用いて ASCT 前の得点と比較検定をした。6 つの下位項目のうち、活気項目のみで、12 ヶ月後には有意な改善を認めていた。

QOL 指標である WHO-QOL26 については、最高得点 4.3、最低得点 2.9、平均 3.37 であった。12 名のばらつきが目立つのは身体的領域と心理的領域であり、社会的関係と環境にはばらつきを認めなかった。

現時点ではまだ症例が少ないため(12 例)、心理状態や QOL に影響を及ぼす因子についての統計解析は施行していない。

#### D. 考察

調査予定期間の半分にあたる 6 ヶ月間を終了した時点で、ASCT1 年後の生存率が 54.8% であり、調査施行し回答が得られたのは 38.7%、12 例であった。

POMS 得点のうち、SCT 施行前と比べて改善していたのは活気項目のみであった。これは ASCT12 ヶ月後にも、合併症、拒絶反応を抱え身体状況が十分回復していないことが強い影響していると考えられる。

WHO-QOL26 得点についても、前述の通りの身体状況、ならびに就労・就学状況に表される社会復帰状況の個人差が、身体領域と心理的領域のばらつきにつながっているものと考えられる。

#### E. 結論

ASCT12 ヶ月後の心理状態ならびに QOL はいずれも ASCT 施行前と比べて、明らかに改善傾向にあるとは言えない。これは不十分な身体回復度、不十分な社会復帰状況に起因しているものと考えられる。

#### 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. 赤穂理絵：がん診療における精神医学的介入；総合病院，血液・腫瘍科 45:480-486, 2002.

##### 学会発表

1. 赤穂理絵：先端医療とサイコオンコロジー

の関わり；造血幹細胞移植. 第 15 回サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム座長. 2002. 5. 東京

2. 井西庸子、赤穂理絵、他：若年者の造血幹細胞移植における心理的サポート. 第 15 回日本総合病院精神医学会. 2002. 11. 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  
なし。