

施できず、選択バイアスが多く含まれた結果となっている。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が脱落症例が多くなったことに関連していた。Edmontonで行われた平均年齢 64 歳の患者群の認知機能を縦断調査した先行研究の結果でも、緩和ケア入院時に 44% が認知障害を示しており、代理評価が必要とされる PS 不良や高齢者で認知障害を認める症例の評価を正確に行う方法をどの様に確立するか今後の検討課題である。

今回は、各項目毎の一致度は低い結果であったが、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。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

本研究の結果から、家族による病状評価が PS 不良症例の病状把握に有用な情報となりうる可能性は示唆されたものの、緩和病棟に入院が必要となる終末期がん患者の評価には、家族だけでなく医療者の評価を加えた包括的な評価が必要であると考えられた。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. Kohara H, Uchitomi Y, et al: Effect of nebulized furosemide in terminally ill cancer patients with dyspnea. *J Pain Symptom Manage* 26, 962-967, 2003.
2. Morita T, Honke Y, Kohara H, Kizawa Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12, 137-140, 2004.
3. 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。がん看護 in press.

##### 学会発表

1. Kohara H, et al. Effect of nebulized

furosemide on uncontrollable dyspnea in terminally ill patients with cancer. 5<sup>th</sup> Asia Pacific Hospice Conference 2003.3.6. Osaka.

2. Miyachi T., Kohara H, et al. Effect of aromatherapy on fatigue in patients with advanced cancer. 5<sup>th</sup> Asia Pacific Hospice Conference 2003.3.6. Osaka.
3. 小原弘之、他：代替オピオイドにより難治性疼痛が良好に緩和された上咽頭がんの一例。第 4 回日本死の臨床研究会中国四国支部研究会 2003. 5. 11. 松山
4. 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 8 回日本緩和医療学会総会 2003. 6. 27. 千葉
5. 小原弘之、他：実存的苦痛を表出された肺がんの一例。第 42 回日本肺癌学会中国四国地方会 2003. 7. 19. 下関
6. 小原弘之、他：進行期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 41 回日本癌治療学会 2003. 10. 23. 札幌
7. 宮内貴子、小原弘之、他：躁鬱病を合併した終末期がん患者に対するアロマセラピーの試み。第 27 回日本死の臨床研究会年次大会 2003. 11. 16. 徳島

#### 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。

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 佐賀大学医学部附属病院麻酔科蘇生科  
緩和ケア研究室講師

研究要旨 最近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80%であったが、「一人だけで聞きたい」との回答が48%にとどまっており、告知の形態に配慮する必要がある。②最期を自宅で過ごしたいという潜在的な希望が67%あり、「自宅」と「緩和ケア病棟・ホスピス」を行ったり来たりしながらできるだけ自宅で過ごすことが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64%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、看護学生および医療系専門学生（理学療法士・作業療法士）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。

名計1361名を対象として分析・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。

B. 研究方法

- 1) 佐賀大学医学部医学科学生（4年生）、佐賀大学医学部看護学科学生（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、1997年度から2003年度までの蓄積データから医学生（4年次）413名・医学生（2年次）325名看護学生278名・医療系専門学生345

C. 研究結果

今回の調査では、医学生（2・4年次）・看護学生・医療系専門学生合わせて計1361名を対象とした。学生のプロフィールを表1に示す。

	医学生 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
人数	413	325	278	345	1361
性別					
男	52.3%	62.8%	2.9%	34.8%	40.6%
女	47.7%	37.2%	97.1%	65.2%	59.4%
平均 年齢	22.5	20.2	21.9	20.0	21.2
18 - 25歳	97%	99.3%	92.8%	95.7%	96.4%
26歳 以上	3.0%	0.7%	7.2%	4.3%	3.6%

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・医療系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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
詳しく	79.4%	78.5%	86.3%	81.4%	81.1%
簡単に	19.4%	18.8%	13.3%	17.1%	17.4%
知りた くない	0.7%	1.8%	0%	0.3%	0.7%
わから ない	0.5%	0.9%	0.4%	1.2%	0.7%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
詳しく	85.7%	80.0%	90.1%	84.6%	85.0%
簡単に	12.6%	14.2%	7.7%	13.0%	12.0%
知りた くない	0.7%	2.8%	0.4%	1.2%	1.2%
わから ない	1.0%	3.1%	1.8%	1.2%	1.7%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
詳しく	91.2%	89.8%	93.9%	85.8%	90.2%
簡単に	7.7%	8.6%	6.1%	13.3%	9.0%
知りた くない	0%	0.6%	0%	0.3%	0.2%
わから ない	0.5%	0.9%	0%	0.6%	0.5%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
詳しく	82.1%	82.2%	89.9%	75.1%	81.9%
簡単に	16.0%	13.8%	8.6%	21.7%	15.4%
知りた くない	1.2%	2.5%	0.4%	2.0%	1.5%
わから ない	0.5%	1.2%	1.1%	1.2%	1.0%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
知りたい	85.5%	74.2%	84.2%	75.1%	79.9%
知りた くない	2.2%	6.2%	3.6%	5.2%	4.2%
わから ない	12.3%	19.7%	12.2%	19.7%	15.9%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
一人で	49.2%	48.6%	37.1%	55.9%	48.3%
家族と	39.0%	39.4%	51.8%	30.4%	39.5%
家族以 外と	4.1%	3.1%	6.5%	4.3%	4.4%
わから ない	9.4%	10.8%	6.2%	9.6%	9.1%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
知りたい	71.2%	60.0%	70.9%	59.4%	65.5%
意向に 従う	5.1%	14.8%	8.6%	14.5%	10.5%
説得を 望む	14.3%	10.5%	12.2%	12.8%	12.6%
わから ない	10.9%	16.0%	9.3%	13.6%	12.5%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護学 生	専門学 生	全体
ある	55.9%	51.4%	63.7%	62.9%	58.2%
ない	44.1%	48.6%	36.3%	37.1%	41.8%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
病院で 治療	1.5%	3.4%	0.7%	1.4%	1.8%
ホスピ スで	23.0%	27.4%	33.5%	19.1%	25.2%
自宅で	67.1%	57.2%	60.1%	62.6%	62.2%
その他	4.6%	4.9%	5.4%	8.7%	5.9%
わから ない	9.2%	10.5%	5.8%	9.6%	8.9%

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 (4年)	医学生 (2年)	看護 学生	専門 学生	全体
病院で	2.9%	3.4%	0.7%	1.2%	2.1%
ホスピ スで	13.8%	11.1%	25.5%	10.1%	14.6%
自宅で	66.1%	69.2%	67.6%	66.7%	67.3%
その他	6.8%	5.5%	2.5%	8.7%	6.1%
わから ない	14.8%	14.8%	9.7%	16.2%	14.1%

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)

回答者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 64.4%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」「授業を受けていて前向きで暖かいイメージになった」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 81%以上であったが、看護学生>専門学生>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 81%以上であつ

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 79.9%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」(48.3%)・「家族と聞きたい」(39.5%)合わせて 87.8%であった。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」(51.5%)が「一人だけで聞きたい」(37.1%)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 65.5%であり、医学生(4年)>看護学生>医学生(2年)>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」(62.2%)・「緩和ケア病棟・ホスピス」(25.2%)合わせて 87.4%であった。治療を希望したのは 1.8%であった。また項目 10 の亡くなる場所では、「自宅」(67.3%)が最も多く、「緩和ケア病棟・ホスピス」は 14.6%「病院」は 2.1%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」を行ったり来たりしながらできるだけ自宅で過ごすことが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」と回答した学生の割合が 64.4%あり、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「がん告知に関する調査」結果から、医学生(2年次・4年次)・看護学生・専門学生の大半は告知を望み、検査や治療に関してもある程度詳しく説明を受けることを望んでいた。また、緩和ケアの講義後にイメージが変わった学生が半数以上おり、卒前教育の中に緩和医療・緩和ケアの講義を導入し、緩和ケアを早期から啓蒙していく必要があることがわかった。

#### 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. 佐藤英俊：がん疼痛管理のガイドライン. JIM, 13(1) : 56-59, 2003
2. 佐藤英俊：がん疼痛治療の新しい薬. 作業療法ジャーナル, 37(2) : 157-159, 2003
3. 佐藤英俊：チームで取り組む全人的な痛み. がん看護, 8(3) : 170-173, 2003
4. 佐藤英俊：がん緩和と医療と医師：現状と展望. がん看護, 8(3) : 183-186, 2003
5. 佐藤英俊：在宅での終末期医療. 総合臨床, 52(8) : 2293-2299, 2003
6. 佐藤英俊：メイヨー・クリニックをモデルにした慢性疼痛に対する集学的治療の実践と課題. ペインクリニック, 24(10) : 1344-1351, 2003
7. 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の3症例. 痛みと漢方, 13 : 73-76, 2003
8. 佐藤英俊：疼痛の知覚的・感情的側面. 痛み, 15-18, 朝倉書店, 東京, 2003

### 学会発表

1. 佐藤英俊：約3年間遷延する慢性上顎歯肉痛に対して漢方治療が著効を示した一症例. 第32回日本慢性疼痛学会, 2003, 京都
2. 神代正臣, 佐藤英俊：橋梗塞が原因と思われる三叉神経痛様顔面痛を呈した一症例. 示説. 第21回九州疼痛学会, 2003, 福岡
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」：シンポジウムメイヨー・クリニックをモデルにした慢性疼痛に対する集学的治療の試み. パネルディスカッション4「慢性痛の集学的治療」. 日本麻酔学会第50回学術集会, 2003, 横浜
4. 佐藤英俊：オピオイドローテーション～モルヒネ製剤からフェンタニルパッチへの切り替え. ランチョンセミナー(招待講演). 第8回日本緩和医療学会総会 2003, 千葉
5. 佐藤英俊：緩和ケアにおける最近の話題～大学病院における緩和ケアチームの役割と問題点を中心として. 京都緩和ケア検討会(招待講演) 2003, 京都
6. 梶原秀年, 佐藤英俊：集学的治療が奏功したCRPS(type1)の一症例. 第37回日本ペインクリニック学会総会, 2003, 仙台

7. 佐藤英俊：大学病院での緩和ケアの現状と今後の展望. パネルディスカッション. 第37回日本ペインクリニック学会総会, 2003, 仙台
8. 佐藤英俊：放射線治療に伴う副作用に対する十全大補湯(TJ-48)の予防効果について. 第16回日本疼痛漢方研究会, 2003, 東京
9. 佐藤英俊：慢性疾患モデルとしての難治性疼痛に対する認知行動療法の応用. 第8回大分最小侵襲治療法研究会(招待講演), 2003, 大分
10. 古賀亜紀子, 佐藤英俊：クロニジン動脈内注入が有効であった閉塞性動脈硬化症の3症例. 第23回日本臨床麻酔学会総会, 2003, 山口
11. 佐藤英俊：がん疼痛治療における最近の話題. オキシコンチン錠発売記念学術講演会(沖縄)(招待講演), 2003, 沖縄
12. 佐藤英俊：癌性疼痛患者に対するレスキュー投与前後における体動量とモルヒネ血中濃度の比較. 第25回日本疼痛学会, 2003, 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。

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、  
岡村優子、清水研、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** がん患者の精神症状緩和に関する内外の研究結果を概括し、わが国の実地医療の現場で、適応障害およびうつ病を緩和していくうえで有用と考えられる戦略として、個別的・複合的介入である「がん患者支援プログラム」を開発した。本プログラムの実施可能性と問題点を明らかにするために国立がんセンター東病院化学療法科で加療中の初回再発後の乳がん患者 50 名を対象に本プログラムを実際に施行したところ、患者支援プログラムの高い実施可能性が示唆された一方で、幾つかの改良点の存在が明らかになった。

#### 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。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明らかにし、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緩和に関する内外の研究結果を概括した結果、わが国の実地医療の現場で、適応障害およびうつ病を緩和していくうえで有用と考えられる臨床的戦略として、患者に対する心理教育、精神症状の簡便なスクリーニング方法、がん患者の精神症状を適切に評価し治療方針を策定するための面接法、薬物療法、精神療法の指針であることが示唆された。これら結果を元に、心理教育用の小冊子、2 問からなる簡便ながん

患者の適応障害とうつ病に対するスクリーニング尺度を開発するとともに、がん患者の精神症状の評価面接法および薬物療法、精神療法の治療ガイドラインを作成し、これらを統合し、個別的・複合的介入である「がん患者支援プログラム (Multifaceted psychosocial intervention program)」を作成した。本年度は、本介入の実施可能性と問題点を明らかにするために以下の研究を行った。

#### B. 研究方法

症例の選択基準：国立がんセンター東病院で初回再発の診断が確認された乳がん患者、もしくは初回再発後に新規に受診した乳がん患者のうち、再発の説明後 1 ヶ月以上経過し、かつ 6 ヶ月以内のものを対象とした。

##### ・適格条件

以下の全てを満たすものとした。

(1) 乳がんの初回の再発が臨床的もしくは組織学的、病理学的に確認された女性患者。

(2) がんの再発について説明がされている患者。

(3) 年齢 20 歳以上の患者。

(4) 再発の説明後 1 ヶ月以上経過し、かつ 6 ヶ月以内の患者

(5) 担当医の評価により 6 ヶ月以上の生存が期待される患者。

(6) ECOG-PS が 0-3 の患者。

(7) 国立がんセンター東病院でフォローアップ予定の患者。

#### ・除外条件

以下のいずれかに当てはまる患者は除外した。

(1) 面接、心理検査に耐えられないほど身体状態が重篤な患者。

(2) せん妄、痴呆など認知障害が存在する患者。

(3) 現在、精神科、心療内科など精神保健の専門家による治療を受けている患者。

(4) 日本語の読み書きが困難な患者。

#### ・がん患者支援プログラム実施手順

研究参加への同意が得られた症例に対して、心理教育用パンフレットを提供した。次いで、参加者に精神症状のスクリーニングを施行し、カットオフ値以上の症例に対しては、半構造化された精神症状の評価面接の施行とその結果に基づく個別的介绍への参加を推奨した。なお、研究参加へのコンプライアンスを高めるために、スクリーニングでカットオフ値未満であっても、希望するものに対しては、上記の面接、介入を提供した。初回のスクリーニングでカットオフ値未満であった症例に対しては、初回スクリーニングから、1 ヶ月後

および 2 ヶ月後に同スクリーニングを施行し、カットオフ値以上の症例に対しては、同様に評価面接および介入を推奨した。

面接の結果、精神症状が存在、あるいは今後精神症状が顕在化してくることが想定されたハイリスク群に対しては、作成した治療ガイドラインに基づいて個別的精神医学的介入を提供した。本個別的介绍の期間は初回スクリーニングから 3 ヶ月以内とし、3 ヶ月を経過した時点で継続的な治療が必要な症例は、国立がんセンター東病院の精神科で臨床的にフォローアップした。個別的介绍は、レジデントレベルの精神科医が行い、国立がんセンターの精神科スタッフが週 1 回のスーパービジョンを行った。

#### ・評価

介入前（ベースライン）およびその 4 ヶ月後および 6 ヶ月後の時点で、半構造化精神医学的診断面接（Structured Clinical Interview for DSM-III-R）を施行し、適応障害とうつ病の有病率を検討した。なお、診断面接を施行する者に対して、スクリーニングの結果と個別的介绍の有無に関してのマスクングを行った。

本介入の問題点を検討するために、研究終了後、スクリーニング性能、スクリーニング陽性症例の面接/個別的介绍への参加割合、個別的介绍およびスーパービジョンに要した総時間等を検討した。

また、本介入プログラムにおける患者の視点からの改良点を把握するために、介入 6 ヶ月後の評価面接終了後、本介入に関しての参

加者の意見を自由に回答してもらった。

#### (倫理面への配慮)

本研究に先立ち、研究プロトコルを作成し、国立がんセンター倫理委員会による承認を受けた。適格例に対して、説明文書の内容に従って本研究の目的、患者支援プログラムの内容、患者支援プログラムの介入方法、予想される利益、予期される有害事象、本臨床試験への参加が自由意思によるものであり、参加に同意しない場合にも不利益を受けないこと、臨床試験の参加に同意した後にいつでもこれを撤回できること、経済的負担、プライバシーの保護、施設における審査について、患者本人に十分説明し、文書にて患者本人より同意を得た。

#### C. 研究結果

適格症例 59 名のうち、50 名から研究参加への同意が得られた (参加率 85%)。なお、研究参加後に 4 名が研究の継続を辞退したが、この辞退症例は、いずれも個別的介绍を受けていないものであった)。参加者の背景は、平均年齢 53 歳 (SD=10)、既婚 84%、高卒以上の教育経験を有するもの 80% 等であった。再発部位は、骨が 36% と最も多く、リンパ節 (30%)、肺 (26%)、肝 (20%) と続いていた。96% の対象者は、PS が 0 または 1 であった。介入開始時点において、参加者の 62% が化学療法を受けており、内分泌療法、放射線療法を受けていたものは、各々 48%、2% であった (重複あり)。介入前の適応障害またはうつ病の有病率は 22.0% であった。

介入前の時点で、適応障害あるいはうつ病に罹患していた症例は、計 3 回のスクリーニングのいずれかの段階でスクリーニング陽性となっていた。精神科レジデントにより、患者 23 名に対して個別的精神医学的介入が提供された。その内容 (重複あり) は、支持的精神療法 100%、漸進的筋弛緩法 22%、危機介入 13%、抗不安薬 13%、抗うつ薬 4% 等であった。個別的精神医学的介入は、計 105 回 (計 5025 分間) 行われ、一人当たりの面接回数の中央値は 4 回であった。精神科スタッフにより、計 50 回 (計 2645 分間) のスーパービジョンが行われた。

介入後である、ベースライン後 4 ヶ月 (N=43) 及び 6 ヶ月後 (N=39) の時点における適応障害、うつ病の有病率は各々 11.6%、7.7% であり、介入前の有病率と比較すると、ベースライン後 6 ヶ月で有意な減少が認められた (McNemar 検定、 $P=0.005$ ) が、ワーストケースシナリオ (脱落症例 11 名がすべて適応障害あるいはうつ病に罹患していたと想定) を適用した場合、有意差は認められなかった ( $P=0.65$ )。介入前の有病率と比較して、ベースライン後 4 ヶ月の時点においては有意な減少は示されなかった ( $P=0.15$ )。

本介入の問題点を後方視的に検討した結果、介入に含まれている精神症状スクリーニングの低い感度 (介入前の適応障害/うつ病に対する初回スクリーニングの結果を元に算出した。sensitivity=0.55)、および介入終了後における精神症状の高い再燃率 (症状改善により介入が終了した 6 名のうち、3 名がその後、短期間に症状再燃) が示唆された。また参加者



から、本介入に加えて、集団精神療法あるいは患者ミーティングの場の提供などの要望が多く寄せられた。

#### D. 考察

高い参加率、許容可能な拒否率より、患者支援プログラムの高い実施可能性が示唆された。

本研究は、コントロール群を持たないために、本介入プログラムの有用性を比較検証することはできない。しかし、がん患者の精神症状に関するメタアナリシスにより、がん患者の抑うつは自然経過で軽快しないことが示されていることから、患者支援プログラムの適応障害とうつ病に対する有用性を示唆する結果と考えられた。

一方、本プログラムに含まれるスクリーニング法のカットオフ値の再評価の必要性および治療継続の必要性など幾つかの改良点の存在が明らかになった。

今後は、本プログラムを改良し、その有用性を無作為化比較試験により検証する必要があると考えられた。

#### E. 結論

再発乳がん患者に対する患者支援プログラムの高い実施可能性が示唆された。今後、本プログラムを改良し、その有用性を無作為化比較試験により検証する必要がある。

#### 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. 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
2. 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* 25:357-62, 2003
3. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 44:244-248, 2003
4. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 7:101-106, 2003
5. Matsuoka Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: A volumetric study of amygdale in cancer survivors with intrusive recollections. *Biological Psychiatry* 54:736-743, 2003
6. 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* 97: 2605-2613, 2003
7. Uchitomi Y, Akechi T, et al: Mental adjustment after surgery for non-small cell lung cancer. *Palliative and Supportive Care* 1:61-70, 2003
  8. Taniguchi K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Performance status 1 predicts psychological response in female, but not male ambulatory cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 11:465-471, 2003
  9. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma: a 6-month follow-up study -Author reply. *Cancer* 97:3129, 2003
  10. 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* 25:106-117, 2003
  11. Akechi T, Nakano T, Uchitomi U, et al: Trauma in a nurse after patient suicide. *Psychosomatics* 44: 522-523, 2003
  12. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Suicidality in terminally ill Japanese cancer patients: prevalence, patient perceptions, contributing factors, and longitudinal changes. *Cancer* 100:183-191, 2004
  13. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al. Japanese version of the M. D. Anderson Symptom Inventory: A validation study. *Journal of Pain and Symptom Management* 26:1093-104, 2003
  14. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Supportive Care in Cancer* (in press)
  15. Kagaya A, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Mood disturbance and neurosteroids in women with breast cancer. *Stress and Health* 19:227-231, 2003
  16. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news: a preliminary report. *Journal of Cancer Education* 18: 194-201, 2003
  17. Morita T, Akechi T, Adachi I, et al: Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients: a multi-center prospective observation study. *Journal of Pain and Symptom Management* (in press).
  18. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology* (in press)
  19. Suzuki S, Akechi T, Uchitomi Y, et al:

- Daily omega-3 fatty acid and depression in Japanese patients with newly diagnosed lung cancer. *British Journal of Cancer* (in press)
20. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつ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. *精神科治療学* 18:571-577, 2003
  21. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Post traumatic symptoms experienced by a nurse after a patient suicide. *総合病院精神医学* (印刷中)
  22. 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. *リエゾン精神医学とその治療学*, 山脇成人編, 中山書店, 東京, pp59-66, 2003
  23. 明智龍男: がん患者の抑うつへのアプローチ. *リエゾン精神医学とその治療学*, 山脇成人編, 中山書店, 東京, pp67-77, 2003
  24. 明智龍男: 自殺・希死念慮へのアプローチ. *リエゾン精神医学とその治療学*, 山脇成人編, 中山書店, 東京, pp88-99, 2003
  25. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 心理的要因に配慮を要したがん性疼痛の症例. *心因性疼痛の診断と治療: 痛み行動の理解のために*, 土井永史編, 真興交易 (株) 医書出版部, 東京, pp185-189, 2003
  26. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: がん患者の自殺. *自殺企図: その病理と予防・管理*, 樋口輝彦編, 永井書店, 大阪, pp108-123, 2003
  27. 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行がん患者のうつ病. *気分障害の薬物治療アルゴリズム*, 本橋伸高編, じほう, 東京, pp83-99, 2003
  28. 明智龍男: *がんところのケア*. NHK ブックス, 2003
  29. 岡村優子, 明智龍男, 内富庸介: 精神腫瘍 (術後せん妄). *新癌の外科-手術手技シリーズ: 頭頸部癌*, 林隆一編, メジカルビュー社, 東京, pp140-141, 2003
  30. 岡村優子, 明智龍男, 内富庸介: 抗不安薬. *緩和医療と薬物相互作用-知っておきたい作用機序と副作用*, 佐伯茂編, 真興交易, pp145-151, 2003
  31. 明智龍男, 内富庸介, 他: 精神科医による緩和ケア. *現代心療内科学*, 久保千春・中井吉英・野添新一編, 永井書店, pp563-569, 2003
  32. 明智龍男: 癌に伴う精神症状への対処-適応障害・うつ病への対処. *癌治療と宿主* 15:61-69, 2003
  33. 明智龍男, 他: 緩和ケアにおけるくすりの選び方と使い方. *抗精神病薬: ハロペリドールとクロルプロマジン*, *がん看護* 8:53-55, 2003
  34. 明智龍男: がん患者のうつを見逃してはいけない. *治療* 85:202-204, 2003
  35. 明智龍男: がん患者の意思決定能力に関する諸問題. *医学のあゆみ* 205:915-919, 2003
  36. 岡村優子, 明智龍男, 内富庸介: せん妄への対処. *癌治療と宿主* 15:81-88, 2003
  37. 明智龍男: 乳がん通院患者の精神症状と

- そのケア. 乳癌の臨床 18:212-219, 2003
38. 大庭章, 明智龍男, 内富庸介, 他: コミュニケーション技術訓練. 癌治療と宿主 15:383-389, 2003
39. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: 緩和医療における精神症状への対応. 臨床消化器内科 19:59-66, 2003
- 学会発表
1. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung carcinoma: a longitudinal study. 6th World Congress of Psycho-oncology (Banff) April 23-27, 2003
  2. Uchitomi Y, Akechi T, et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small cell lung cancer. 6th World Congress of Psycho-oncology (Banff) April 23-27, 2003
  3. Uchitomi Y, Nakano T, Akechi T, et al: Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. 6th World Congress of Psycho-oncology (Banff) April 23-27, 2003
  4. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news: a preliminary report. 6th World Congress of Psycho-oncology (Banff) April 23-27, 2003
  5. 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. 6th World Congress of Psycho-oncology (Banff) April 23-27, 2003
  6. Akechi T: Request to die: What are they, why are they, what should we do with them? 17th World Congress on Psychosomatic Medicine (Hawaii) August 23-28, 2003
  7. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. 50<sup>th</sup> Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine (San diego) November 20-23, 2003
  8. 明智龍男: 進行がん患者の精神症状緩和の現状と課題. 第1回日本臨床腫瘍学会シンポジウム(福岡) 2003年2月28日-3月1日
  9. 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者のための包括的支援プログラムの開発. 第44回日本心身医学会総会シンポジウム(那覇) 2003年5月8-9日
  10. 明智龍男: サイコオンコロジーの科学的基盤. 第99回日本精神神経学会総会シンポジウム(東京) 2003年5月28-30日
  11. 鈴木志麻子, 明智龍男, 内富庸介, 他: omega3 脂肪酸の摂取量とがん患者の抑

- うつに関連. 第 22 回躁うつ病の薬理・生化学的研究懇話会 (神戸) 2003 年 6 月 6 日
12. 明智龍男: サイコオンコロジー研究はどこに向かえばよいのか? 第 16 回日本サイコオンコロジー学会総会シンポジウム (相模原) 2003 年 6 月 12-13 日
13. 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実施可能性に関する研究. 第 16 回日本サイコオンコロジー学会総会 (相模原) 2003 年 6 月 12-13 日
14. 内富庸介, 明智龍男, 他: 肺がん術後 1 年の抑うつとストレスの経過及び予測因子の検討. 第 16 回日本サイコオンコロジー学会総会 (相模原) 2003 年 6 月 12-13 日
15. 鈴木志麻子, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の抑うつと n-3 系多価不飽和脂肪酸摂取量との関連. 第 16 回日本サイコオンコロジー学会総会 (相模原) 2003 年 6 月 12-13 日
16. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつに対する精神療法の state of the art. 第 8 回日本緩和医療学会総会ワークショップ (千葉) 2003 年 6 月 27-28 日
17. 明智龍男, 内富庸介, 他: 進行がん患者の精神症状緩和の現状と問題点. 第 41 回日本癌治療学会総会パネルディスカッション (札幌) 2003 年 10 月 22-24 日
18. 小原泉, 明智龍男, 他: 抗悪性腫瘍薬第 I 相試験に参加する患者に対する心のケアと CRC の役割. 第 41 回日本癌治療学会総会ワークショップ (札幌) 2003 年 10 月 22-24 日
19. 内富庸介, 明智龍男, 他: 肺がん術後 1 年の抑うつとストレスの経過及び予測因子の検討. 第 41 回日本癌治療学会総会 (札幌) 2003 年 10 月 22-24 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。

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

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  
医歯学総合研究科心療緩和医療学分野

研究要旨 手術を受ける目的で婦人科病棟に入院した、婦人科癌患者 37 名および癌以外の婦人科疾患対照患者 15 名を対象に、手術前、退院前、退院後 3 か月における心理特性と QOL の経過、さらにそれらと他の臨床要因との関連を調査した。使用した質問紙は、日本語版 HADS、日本版 SDS、POMS および EORTC QLQ-C30 日本語版である。全対象者および癌患者の心理特性の平均値は、いずれも標準範囲の水準にあり、QOL を含む経時的推移では、不安や緊張が退院前にかけて低下し、情緒的機能も高くなるのに対し、抑うつや怒り・敵意は退院後に高くなった。身体的機能と役割機能は退院前にかけて低下し、その後改善していた。癌患者群と対照群を比較すると、癌患者群の方がむしろ怒り・敵意は低く、社会的機能は高かった。手術をめぐるリスク要因としては、高齢者、円錐切除術以外の術式適応者、化学療法の併用、長期入院等が挙げられた。

A. 研究目的

一般に癌患者の約 3 割に、不安・抑うつを伴った適応障害や、うつ病などの精神疾患が認められると報告されている。手術を受ける婦人科癌患者の場合は、こうした傾向に加えて女性性の観点、つまり女性としての自己イメージや sexual function の変化および妊孕性温存の問題などから、さらに手術にともなうホルモン変調などの負荷により、精神的ケアのニーズは高いことが予想される。本研究では、手術を受ける婦人科癌患者の手術前と退院前後における心理特性と、QOL を追跡することを目的とした。

B. 研究方法

手術を受ける目的で婦人科病棟に入院した婦人科癌患者および、対照群として癌以外の手術目的で入院した婦人科疾患患者を対象とした。本人に調査の主旨を説明し、書面による承諾を得た上で、手術前、退院前、退院後 3 か月の 3 時点において、以下の心理調査を実施した。抑うつ、不安尺度として、日本語版 HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) と日本版 SDS、次に気分・感情尺度として POMS (Profile of Mood States)、QOL 調査用紙として EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30

日本語版である。

C. 研究結果

全対象者および癌患者群における心理特性の経時的変化をみると、いずれの項目、またいずれの時点においても、対象者の平均値は各スケールの標準範囲内にあった。3 時点の経時的推移をみると、不安や緊張は手術前から退院前にかけて有意に低下し、また QOL の情緒的機能も手術前から退院前にかけて有意に高くなるのに対し、抑うつや怒り・敵意は退院前から退院後 3 か月にかけて有意に高くなった。一方、情緒的機能を除く QOL の機能スケールでは、身体的機能と役割機能が手術前から退院前にかけて有意に低下し、さらに退院前から退院後 3 か月にかけて有意に改善するというパターンであるのに対し、社会的機能は手術前から退院前にかけては変化なく、退院前から退院後 3 か月にかけて有意に改善していた。癌患者群と対照群 2 群間の経時的変化の比較では、対照群よりもむしろ癌患者群の方が怒り・敵意は低く、社会的機能は高かった。各臨床要因別の心理特性と QOL の経時的変化を比較した結果では、年齢、職業の有無、手術の既往歴の有無、腫瘍部位、手術様式、入院中の化学療法等の有無、入院期間との間に有意な関連を認めた。

#### D. 考察

不安と抑うつが異なった推移を示すこと、特に抑うつが「退院後3か月」において有意に高くなるのが、本調査にて最も特徴的な所見だった。癌患者群と対照群の2群間では、ある意味でほとんど相違は認められず、相違が認められた特性については、癌患者群の方がむしろ対照群より良好であった。これらを面接の印象とともに解釈すると、癌患者群といえども、腫瘍部位や術式によっては対照群よりも身体的負荷および精神的負担が少なく済むという可能性、つまり、女性性という観点からみて、子宮および卵巣を摘出する群は、そうでない群と比べて精神的葛藤を抱えやすくQOLも低下しやすいことが推察された。また心理的負荷とQOL低下につながる関連臨床要因の同定は、精神的援助という視点から特に重点的に取り組むべき婦人科癌患者の特徴を示唆した。

#### E. 結論

手術を受ける婦人科癌患者の手術をめぐる心理状態と精神的葛藤、また精神的ケアの必要度が最も高い介入時期、さらにQOLの実態が把握された。加えて、特に介入すべき対象の条件等が示唆された。これらを配慮した上で、婦人科癌患者に対する一層効果的な精神腫瘍学的援助がなされるべきであろう。

#### 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

1. 松島英介、白石弘巳：コンサルテーション・リエゾン精神医学における倫理的側面。新世紀の精神科治療4。リエゾン精神医学とその治療学（山脇成人編集），中山書店，東京，pp41-47，2003。
2. 松島英介、太田克也：せん妄。ナーシング・グラフィカ32情緒発達と看護の基本（出口禎子編集），メディカ出版，大阪，pp.165-168，2003。
3. 松島英介：がん患者のせん妄の診断とその対応。精神科3(4)：389-393，2003。
4. 野口海、松島英介：がん患者のspirituality（スピリチュアルペイン、スピリチュアルケア）。精神科3(6)：562-565，2003。

##### 学会発表

1. Noguchi W, Matsushita T, Mikami A, Nagai H, Matsushima E: Relations between spiritual pain, anxiety, and depression of terminal cancer patients and their families. 5<sup>th</sup> Asia Pacific Hospice Conference, 2003. 3, Osaka.
2. 松島英介、松下年子、野口海：サイコオンコロジーにおける研究と実践の連携「臨床研究を実践に生かすために」。第16回日本サイコオンコロジー学会総会，シンポジウム，2003年6月，相模大野。
3. 松下年子、松島英介、他：手術を受ける婦人科癌患者の心理とQOLに関する研究。第16回日本サイコオンコロジー学会総会，一般演題，2003年6月，神奈川。
4. 野口海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者に対するFunctional Assessment of Cancer Therapy-Spiritual (FACT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討。第16回日本サイコオンコロジー学会総会，一般演題，2003年6月，相模大野。
5. 浜島央、松島英介、松下年子：口腔癌患者の心理・社会的な研究。第8回日本緩和医療学会総会，2003年6月，千葉。
6. 野口海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者に対するQOL・Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討（予備的調査）。2003年度統計関連学会連合大会，2003年9月，名古屋。
7. 野口海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者に対するFACIT-Sp (Spiritual) 日本語版の信頼性・妥当性の検討。第16回日本総合病院精神医学会総会，2003年11月，京都。
8. 松下年子、松島英介、他：手術を受ける婦人科癌患者における心理及びQOLと対処様式との関連。一般演題，2003年11月，京都。
9. 野口海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者におけるFACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy

-Spiritual Well-Being)、PIL test(Purpose in Life)、WHO-SUBI(Subjective well-being Inventory)の関連。日本臨床死生学会、2003年12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。



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

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医員

**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、我々が開発した評価項目の記録法を用い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 1,238 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 (19%)、せん妄 (17%) 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の標準的な評価方法は確立しておらず、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。がん患者における精神科的問題の頻度、精神科診断・対処の内容を把握するため、国立がんセンターの精神科コンサルテーションを通じ、求められ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 14 年 11 月 1 日 (昨年度調査報告時) から平成 15 年 12 月 31 日まで継続して観察研究を行い、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 14 年 11 月 1 日から平成 15 年 12 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 1,238 例であった。頻度の高い精神科診断は、適応障害 414 例 (33%)、大うつ病 238 例 (19%)、せん妄 208 例 (17%) の順で、166 例 (13%) が精神科診断に該当しなかった。

D. 考察

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いことが示され、患者に対する診断情報の開示を前提としたがん医療における精神科的問題の先行研究で示された結果と同様の傾向を示す。我が国のがん医療においてもこれらに対する対応が求められていることを示唆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および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。それら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 :Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. Psychosomatics 44: 244-248, 2003
2. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al :Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 7: 104-106, 2003
3. Akizuki N, Nakano T, Uchitomi Y, et al : Development of a brief screening

interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. Cancer 97: 2605-2613, 2003

4. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al : Trauma in a Nurse after patient suicide. Psychosomatics 44: 522-523.

#### 学会発表

1. 中野智仁 : 進行がん患者における大うつ病の薬物療法アルゴリズムの作成. 第7回日本心療内科学会学術大会. 一般演題. 2003年1月, 新潟
2. 中野智仁 : 緩和ケアチームの現状と将来. 第99回日本精神神経学会総会. シンポジウム. 2003年5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。

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

がん患者における精神症状：造血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 東京都立駒込病院神経科医長

研究要旨 造血幹細胞移植（Hematopoietic Cell Transplantation：以下 HCT と略す）1年後の心理状態の実態調査ならびに QOL に影響を及ぼす因子を同定することを目的に今調査を施行した。＜対象＞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、HCT を受けた全症例。＜方法＞HCT 施行 1 年後に、心理状態指標である POMS（Profile of mood status：以下 POMS と略す）、QOL 指標である WHO-QOL26 を施行。すでに HCT 施行時におこなった POMS と 1 年後の POMS を比較した。WHO-QOL26 得点と身体状況（合併症の有無、Graft versus Host Disease の有無）、社会的状況（年齢、性別、復職、婚姻状況）、心理状態（1 年後の POMS 得点）との相関を検討した。＜結果＞回答のあったのは 27 名。心理状態の変化については POMS 下位項目のうち、Vigor と Tension-Anxiety の改善、Anger-Hostility の悪化傾向を認めた。1 年後の QOL 得点に有意な影響を及ぼしていたのは、POMS の Tension-Anxiety、Depression、Fatigue の 3 項目であり、身体状況や社会的状況と QOL 得点に有意な相関は認めなかった。＜考察＞HCT 1 年後に生存している症例においても、心理状態は必ずしも良好ではなく、社会復帰段階でのストレスが強いことが考えられた。HCT 1 年後の QOL を改善するためにも、心理的サポート介入の必要性が示唆された。

A. 研究目的

造血幹細胞移植（以下 HCT と略す）においては、たとえ移植が成功したとしても、退院して社会復帰するまでの期間には、移植前後とはまた異なるストレスが生じていることが予測される。今回の調査は、順調であれば社会復帰を考える時期といわれている HCT 1 年後の心理状態と QOL の実態調査、ならびに 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

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 HCT を受けた全症例を対象とする。HCT 1 年後に心理状態指標として POMS（Profile of mood status）、QOL 指標として WHO-QOL26、ならびに自由意見を述べるアンケート調査を郵送にて施行した。回答の得られた症例について、HCT 施行時におこなった POMS との比較をし（Paired t-test）、HCT 時と 1 年後の心理状態の変化をみた。WHO-QOL26 得点と身体状況（合併症の有無、Graft versus Host Disease の有無）、社会的

状況（年齢、性別、復職、婚姻状況）、心理状態（1 年後の POMS 得点）との相関を検討した。

（倫理面への配慮）

本調査は、事前に主治医の承認を得た上で、本人に調査主旨を説明し文書による同意を得た。なお都立駒込病院倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 心理状態：移植時とくらべ、1 年後には、Vigor の改善（ $p=0.003$ ）、Tension-Anxiety の改善（ $p=0.009$ ）、Anger-Hostility（ $p=0.036$ ）の悪化傾向を認めた。2. 移植 1 年後の QOL と身体状況、社会的状況に有意な相関は認められなかった。心理状態のうち Tension-Anxiety、Depression、Fatigue の 3 項目において QOL との有意な相関を認めた。

D. 考察

HCT 1 年後の心理状態は移植時と比べて、すべての項目で改善しているわけではなく、特に Anger-Hostility 項目に関しては、悪化傾向を認めた。これについては、移植 1 年後に復

職・復学を果たしているのは、27名中37%にあたる10名のみであり、社会復帰段階が必ずしもスムーズに進まない現状が不全感につながっている可能性が考えられる。

1年後のWHO-QOL得点と身体状況に有意な相関がみられなかったことに関しては、症例数が少なかったことが影響している可能性が考えられる。QOL得点と心理状態に相関がみられたことから、心理状態の改善がQOL向上につながる可能性があり、HCT1年後の症例に対しても、積極的な心理的サポートの有用性が示唆される。

#### E. 結論

HCT1年後に生存している症例においても、心理状態は必ずしも良好ではなく、社会復帰段階でのストレスが強いことが考えられた。HCT1年後のQOLを改善するためにも、心理的サポート介入の必要性が示唆された。

#### 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. Akaho R. et al. Bone marrow transplantation in subjects with mental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 57 (3) :311-315, 2003.
2. Akaho R. et al. Psychological factors and survival after bone marrow transplantation in patients with leukemia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 57 (1) :91-96, 2003.
3. 赤穂理絵. 先端医療とサイコオンコロジー-臨床精神医学. In press.

##### 学会発表

1. 赤穂理絵. 他：同種幹細胞移植1年後の心理状態とQOL. 第16回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2003. 11, 京都

#### 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。