



* Significantly different from occupancy by sDAL in the spinal cord 図 2

D. 考察

TF テストは末梢性の鎮痛機序を反映し、HP は上位中枢における鎮痛機序を反映すると言われている。研究 1. の結果から、sDALDA はモルヒネに比べ、上位中枢を介した鎮痛効果が低いことが示唆された。また、 μ オピオイド受容体との結合率を検討した研究 2 からは、sDALDA の作用部位は中脳以上の上位中枢よりも spinal cord 有意であることが示唆されている。sDALDA は dermorphine の関連物質であり、+3 の電荷による極性を持っているため、局所へ止まり移動が少ないことが報告されている。この性質によって、作用部位は spinal cord に比較的特化している可能性が考えられる。中枢性への影響が少ないことは、オピオイドペプチドによる呼吸抑制の可能性も少なくなり、臨床的にも有用であることがいえる。

E. 結論

sDALDA は、モルヒネに匹敵する強力なオピオイド鎮痛薬であり、主な作用部位は spinal cord であることが示唆された。

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. Yamada H, Shimoyama N, et al.: Morphine can produce analgesia via spinal kappa opioid receptors in the absence of mu opioid receptors, Brain Research

1083 (1):61-69, 2006

2. 下山直人: 許認可薬の適応外使用について、緩和ケア、16Suppl.:294-296, 2006
3. 下山恵美, 下山直人: がん性神経障害性疼痛の基礎研究、ペインクリニック、27(8):959-964, 2006
4. 笠井慎也, 下山直人, 他: がん性疼痛患者におけるオピオイドの作用、副作用に関する遺伝子解析、27(8):965-973, 2006
5. 下山直人, 他: 緩和ケアにおける麻酔科の役割、日本医師会雑誌、135(4):806-808, 2006
6. 高橋秀徳, 下山直人, 他: モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンを使い分ける(オピオイドローテーション)、モダンフィジシャン、26(7):1210-1211, 2006
7. 下山直人, 他: 緩和ケアにおける麻酔科の役割、日本医師会雑誌、135(4):806-811, 2006
8. 村上敏史, 下山直人: がん性疼痛における痛みのアセスメント、痛みと臨床、6(3):72-77, 2006
9. 高橋秀徳, 下山直人, 他: モルヒネの効かないがんの痛みをどうするか?、Modern Physician、26(6):1024, 2006
10. 越川貴史, 下山直人: 在宅緩和ケアへの移行と疼痛管理について、癌と化学療法、33(5):611-615, 2006
11. 辻尚子, 下山直人: 小児がんの痛みと治療の基本姿勢、がん患者と対症療法、17(1):6-10, 2006

学会発表

1. 下山直人: 教育シンポジウム「緩和医療」: 最近のがん疼痛対策、第 4 回日本臨床腫瘍学会総会、2006. 3. 17、大阪
2. 下山直人: シンポジウム: 癌患者の病態: 栄養、疼痛、免疫、第 15 回日本病態治療研究会、2006. 6. 1、東京
3. 下山直人: シンポジウム: 麻酔科医による緩和医療の展開と問題点、日本麻酔科学会第 53 回学術集会、2006. 6. 3、神戸
4. 下山直人: シンポジウム 2: 緩和医療に用いる薬の副作用、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 24、神戸
5. 下山直人: シンポジウム 2: インフォームド・コンセント、第 12 回日本臨床死生学会、2006. 11. 25、川越
6. 下山直人: シンポジウム④「がんの緩和医療を考える」: がんの緩和医療における統合医療の役割、第 10 回 JACT 第 6 回 FIM 合同大会、2006. 12. 10、名古屋

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（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科 部長

研究要旨 がん拠点病院の一般病棟・緩和ケア病棟における死亡がん患者の遺族を対象とし、「遺族の評価による終末期がん患者のQOL尺度」の作成と信頼性・妥当性の検証を行った。333名の遺族に対して調査を行い、189名から回答を得た（57%）。探索的因子分析の結果、「人生を全うしたと感ぜられること」「希望をもって生きること」「望んだ場所で過ごすこと」「自立していること」「身体的・心理的苦痛がないこと」「他者の負担にならないこと」「家族との良好な関係」「医療スタッフとの良好な関係」「人として尊重されること」の10ドメインをコアドメイン、「信仰に支えられること」「納得するまでがんと闘うこと」「残された時間を知り準備ができること」「役割を果たせること」「死を意識しないで過ごすこと」「自尊心を保つこと」「自然なかたちで亡くなること」「他者に感謝し心の準備ができること」の8ドメインをオプションドメインとした計54項目からなる尺度が開発された。本尺度は高い因子妥当性、構成概念妥当性、内的一貫性を有しており、再調査法による信頼性は中程度であった。今後は本尺度を用いて、がんにより死亡した患者の遺族を対象とした、緩和ケアのアウトカム調査が可能となる。

A. 研究目的

遺族の評価による終末期がん患者のQOL（Quality of Life）尺度を開発し、信頼性・妥当性を検証する。

B. 研究方法

調査方法は自記式調査票を用いた郵送法によって行った。

調査対象はがん拠点病院である筑波メディカル病院の一般病棟・緩和ケア病棟で2004年9月1日から2006年2月28日までに死亡したがん患者の遺族である。適格基準は1) 在院日数が3日以上であるもの、2) 一般病棟死亡患者の主治医の診療科が呼吸器外科/内科、消化器外科/内科、総合診療科であるものとし、除外基準は1) 既に他の研究で遺族調査の対象となったもの、2) 調査票に回答することで遺族の精神的負担が大きいと主治医が判断したもの、3) 治療関連死や外傷・自殺が死因であるもの、4) 20歳以上の遺族がいないものとした。調査の適格となった患者の遺族に2006年10月に調査票を送付し、郵送によって回収した。また、調査票の送付から1ヶ月後までに返送がなかった対象に対して、再依頼書を送付した。調査票の信頼性検証のため、

調査票の回収から1ヶ月後に同様の質問による再調査を行った。

調査項目は「終末期がん患者のQOL」に関する「患者様は痛みが少なく過ごせた」「患者様は医師を信頼していた」など70項目であり、それぞれの項目に対し、「非常にそう思う」～「全くそう思わない」の7段階で尋ねた。これらの項目は平成18年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班によって一般集団を対象に調査したものに、文献レビューにより項目の追加を行い作成したものである。加えて、終末期がん患者に対するケアのプロセスの遺族による評価尺度CES（Care Evaluation Scale）、遺族の終末期ケアに対する満足度、および患者背景・遺族背景について質問した。

（倫理面への配慮）

本研究においては、遺族の精神的負担に対する配慮のため、調査票に回答することで遺族の精神的負担が大きいと主治医が判断したものは対象から除外し、更に調査票への回答を拒否するものは調査票の表紙にその旨、丸をつけて返送するように依頼した。本研究は筑波メディカルセンター病院の倫理委員会の

承認を得て実施された。

C. 研究結果

調査の適格基準に該当した遺族は 333 名であり、192 名から回収され、最終的に有効回答とした 189 名を解析対象者とした (57%)。また、このうち再調査で宛先不明で返送されたものを除く 175 名に対し再調査を行い、114 名から回収され、最終的に有効回答とした 112 名を再調査の解析対象者とした (64%)。

遺族の評価による終末期がん患者の QOL 尺度の 70 項目に対し、探索的因子分析により項目の削減を行い、最終的に 18 ドメイン 54 項目による「遺族による終末期がん患者の QOL 尺度」を確定した。尺度はコアドメインとして「人生を全うしたと感ぜられること」「希望をもって生きること」「望んだ場所で過ごすこと」「自立していること」「身体的心理的苦痛がないこと」「他者の負担にならないこと」「家族との良好な関係」「医療スタッフとの良好な関係」「人として尊重されること」の 10 ドメイン、オプションドメインとして、「信仰に支えられること」「納得するまでがんと闘うこと」「残された時間を知り準備ができること」「役割を果たせること」「死を意識しないで過ごすこと」「自尊心を保つこと」「自然なかたちで亡くなること」「他者に感謝し心の準備ができること」の 8 ドメインから構成された。

終末期がん患者の QOL 尺度の各ドメインと CES との Pearson の相関係数は -0.25~0.44 であり、また、遺族の終末期ケアに対する満足度との Pearson の相関係数は -0.14~0.57 であり、構成概念妥当性が検証された。各ドメインの内的一貫性の指標である Cronbach の α 係数は 0.74~0.95 であり、高い内的一貫性が検証された。再調査法による信頼性の指標である級内相関係数は 0.38~0.72 であった。

D. 考察

本研究によって、高い因子妥当性、構成概念妥当性、内的一貫性を有する「遺族の評価による終末期がん患者の QOL 尺度」が開発された。今後、本尺度を用いて、がんにより死亡した患者の遺族を対象とした、緩和ケアのアウトカム調査が可能となる。再調査法による信頼性の結果は中程度の一致であった。これは思い出し法によって回答する遺族調査の限界であると考えられた。また、調査票を用いた調査であるため、必ずしも同一の対象が

回答したことが保証されないことも、その一因と考えられる。

E. 結論

18 ドメイン、54 項目から成る「遺族の評価による終末期がん患者の QOL 尺度」が開発された。本尺度は高い因子妥当性、構成概念妥当性、内的一貫性を有していた。再調査法による信頼性は中程度であった。

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. Morita T, Akechi T, et al.: Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J Pain Symptom Manage* 31:130-139, 2006
2. Hirai K, Morita T, Uchitomi Y, et al.: Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31:140-147, 2006
3. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 31:306-316, 2006
4. Matsuda Y, Morita T, et al.: What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? *J Pain Symptom Manage* 31(5):380-382, 2006
5. Morita T, et al.: Nontraumatic subcutaneous emphysema from rectal cancer perforation completely resolved after intensive pain control. *J Pain Symptom Manage* 32(1):3-4, 2006
6. Morita T, et al.: Skin reaction to both morphine and fentanyl attenuated by steroids and antihistaminics. *J Pain Symptom Manage* 32(2):100-101, 2006
7. Asai M, Morita T, Akechi T, Akizuki N, Uchitomi Y, et al.: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* Aug 23, 2006

8. Ogawa M, Morita T, et al.: Uncommon underlying etiologies of reversible delirium in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 32(3):205-207, 2006
 9. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Akizuki N, Uchitomi Y, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* Sep 25, 2006
 10. Morita T, et al.: Self-reported practice, confidence, and knowledge about palliative care of nurses in a Japanese regional cancer center: Longitudinal study after 1-year activity of palliative care team. *Am J Hosp Palliat Care* 23(5):385-91, 2006
 11. Murata H, Morita T. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese task force: The first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 4(3):279-285, 2006
 12. 森田達也: 遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期: 日本の実態調査、*血液・腫瘍科*, 52(2):205-210, 2006
 13. 難波美貴、森田達也: 終末期せん妄のケア—遺族へのインタビュー調査より得られたケアのあり方—、*緩和ケア*、16:108-113, 2006
 14. 安達勇、森田達也: がん終末期患者への輸液ガイドライン作成に向けた調査研究、*看護技術*, 52(6):50-54, 2006
 15. 森田達也: 終末期の輸液の考え方を教えてください、一般病棟でできる緩和ケア Q&A、総合医学社、*ナーシングケア Q&A*、11:144-145, 2006
 16. 森田達也: 鎮静とは何ですか? 一般病棟でできる緩和ケア Q&A、総合医学社、*ナーシングケア Q&A*、11:180-181, 2006
 17. 森田達也: 鎮静に使われる薬剤の使い方を教えてください、一般病棟でできる緩和ケア Q&A、総合医学社、*ナーシングケア Q&A*、11:184-185, 2006
 18. 森田達也: QOL からみた終末期がん患者の水管理、*緩和医療学*、8(4):354-362, 2006
 19. 安達勇、森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドラインについて、*緩和医療学*、8(4):363-370, 2006
 20. 森田達也: 鎮静薬の基礎知識と使い方、*緩和ケア*、16(Suppl):96-99, 2006
- 学会発表
1. Akazawa T, Morita T, Akechi T, et al.: Contributing factors and physical-psychosocial characteristics of desire for early death among patients near the end of life in Japan. *Psycho-Oncology* 15(2):S153, 2006
 2. 森田達也: 臨床と研究における腫瘍学と緩和医学の共同作業、第4回日本臨床腫瘍学会総会、2006. 3. 17、大阪
 3. 森田達也: 緩和ケアにおける臨床研究の実際、前後比較試験、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 4. 宮下光令、森田達也、内富庸介、他: わが国における終末期の QOL(2) 終末期の QOL の概念化—一般集団・緩和ケア遺族を対象とした全国調査、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 5. 赤澤輝和、森田達也、明智龍男、他: 緩和ケアにおける希死念慮をどのように理解すればよいのか?、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 6. 茅根義和、森田達也、他: Liverpool Care Pathway (LCP) 日本語版—看取りのパス—の開発、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 7. 福本直子、森田達也、他: 薬剤師と緩和治療医によるオピオイド適正使用のスクリーニング回診の有用性、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 8. 佐藤一樹、森田達也、他: 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性とその関連要因、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 9. 松尾直樹、森田達也、他: ホスピス・緩和ケア病棟における不眠に対する鎮静薬ミダゾラム、フルニトラゼパム点滴静注法の施行状況—質問紙調査、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 10. 松尾直樹、森田達也、他: ホスピス・緩和ケア病棟における不眠に対する鎮静薬ミダゾラム、フルニトラゼパム点滴静注法についての後ろ向き研究—多施設共同調査(カルテ調査)、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 11. 山田理恵、森田達也、他: 2 世代ビスホスホネート抵抗性の高カルシウム血症に

- に対する Zoledronate の効果、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
12. 藤本亘史、森田達也、他：緩和ケアセミナーと緩和ケアチームとの共同診療の経験が看護師の自己評価による実践、知識、自身に与える影響、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 13. 瀧川千鶴子、森田達也、他：終末期せん妄に対するフェンタニルへのオピオイドローテーションの臨床評価～モルヒネによるせん妄からの改善と鎮痛効果への影響～多施設前向き研究、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 14. 宮下光令、森田達也、他：質の高い緩和ケアを日本全国に普及させるために取り組むべき課題－日本緩和医療学会、日本ホスピス緩和ケア協会会員を対象とした調査－、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 15. 三條真紀子、森田達也、内富庸介、他：わが国における終末期の QOL(3) 終末期ケアに関する選好とその関連要因－一般集団・緩和ケア遺族を対象とした全国調査－、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 16. 平井啓、森田達也、内富庸介、他：わが国における終末期の QOL(1) 終末期の QOL の構成要素、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 17. 岩崎静乃、森田達也、他：ホスピス病棟での専門的口腔ケアの現状、第 11 回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
 18. 森田達也：終末期がん患者に対する輸液治療の是非、第 15 回 HIT (Home Infusion Therapy) 研究会、2006. 8. 25、神戸
 19. 森田達也：腫瘍学と緩和医学の研究の接点、第 2 回癌治療先端開発研究シンポジウム、2006. 8. 26-27、箱根
 20. 森田達也、他：聖隷三方原病院における腫瘍治療と緩和治療の共同作業、第 47 回日本肺癌学会総会号、2006. 12. 14-15、京都

3. その他

特記すべきことなし。

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。

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発

分担研究者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 助教授

研究要旨 本研究では、がん患者の精神症状緩和に関する知見の系統的レビューを通してガイドライン作成すること、およびわが国の医療システムを前提とした新たな心理社会的介入法を開発することを通して、がん患者の精神症状緩和の推進に資することを目的とする。今年度はがん患者のニーズに基づく新たな介入法を開発するための基礎的知見として、外来通院中の乳がん患者 219 名を対象として、ニーズの実態、およびニーズと精神症状、QOL との関連について検討した。その結果、情報、精神的ケアに対するニーズが高いこと、およびニーズの高さは精神的苦痛、QOL の低下と有意な関連が認められることが示された。本結果から、満たされていない患者ニーズへの介入が、精神的苦痛軽減および QOL 向上に有用である可能性が示唆された。

A. 研究目的

先行研究から、わが国のがん患者に認められる臨床的介入が必要な精神的苦痛として頻度が高いものは適応障害と大うつ病であり、これらをあわせた有病率は概ね 15-40%であることが示されている。また先行研究からは、がん患者に認められる精神的苦痛は、患者の QOL の全般的低下のみならず家族の精神的ストレス、抗がん剤治療を受けるか否かに関しての意思決定などに関連していることが知られている。さらに大うつ病レベルの精神的苦痛では、約半数に希死念慮が認められ、自殺企図や安楽死の要請の原因になったり、最悪の場合、自殺につながることも示されている。

従って、これらがん患者に認められる精神的苦痛、中でも積極的な臨床的介入が必要な適応障害および大うつ病に対する効果的な介入法を開発することは、がん患者がより良好に生活していくうえで極めて重要である。

これまでのがん患者の精神的苦痛に対する介入研究の結果を概観すると、薬物療法、精神療法いずれかの単独治療ではなく、患者の個別性やニーズに配慮したうえでの包括的な治療的ストラテジーが最も有用であることが示唆される。実際に、患者のニーズと抑うつとの関連を検討した先行研究から、患者の満たされていないニーズと抑うつ状態の程度に強い相関が認められたことが報告されている。

本研究では、がん患者のニーズに基づく新たな介入法を開発するための基礎的知見とし

て、わが国のがん患者のニーズの実態、およびニーズと精神症状、QOL との関連について検討を行った。

B. 研究方法

名古屋市立大学病院外来通院中の乳がん患者を無作為抽出し、適格条件を以下とした。

包含基準

(1) 乳がんの診断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) がんについて説明がされている患者。

(3) 年齢 20 歳以上

(4) ECOG-PS が 0-3

除外条件

(1) 面接、心理検査に耐えられないほど身体状態が重篤

(2) せん妄、痴呆など認知障害の存在

(3) 日本語の読み書きが困難

対象者に対して以下の項目に関して調査を施行した。

・ The short-form Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)

がん患者のニーズを評価するために開発された自己記入式の調査票であり、がんに関連して生じる 5 つの次元のニーズ (1. 心理的側面、2. 医学的な情報、3. 身体状態および日常生活、4. ケアや援助、5. 対人関係におけるコミュニケーションに対するニーズ) を測定可能である。本研究に際して原著者より、本調

査票の日本語版作成に関して了承をいただいたうえで back translation のプロセスを経て日本語版を作成した。各次元のニードとも、スコアが高いほうが満たされていないニードが高いことを示している。

・ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

身体疾患患者の不安と抑うつをスクリーニングするための自己評価式質問紙法である。各下位尺度ごとに7項目、計14項目より成る。スコアが高いほど精神的苦痛が高いことを示している。また、先行研究から、適応障害レベルおよび大うつ病レベルの精神的苦痛をスクリーニングする際のカットオフ値が11/10、20/19 であることが示されている。

・ European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30)

がん患者の生活の質を評価するために開発された世界で繁用されている自己記入式の QOL 調査票である。本調査票により、日常生活における5つの活動性(身体的、役割、認知的、精神的、社会的)、8つの身体症状(倦怠感、悪心・嘔吐、痛み、息切れ、不眠、食欲不振、便秘、下痢)、経済状態および総括的な QOL を評価可能である。本尺度の日本語版の信頼性・妥当性は既に確立されている。

(倫理面への配慮)

本研究への協力は個人の自由意思によるものとし、本研究に同意した後でも随時撤回可能であり、不参加・撤回による不利益は生じないことを文書にて説明した。また、得られた結果は統計学的な処理に使用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明した。本研究への参加に同意が得られた場合は、同意書に参加者本人の署名をもらった。

C. 研究結果

219 名から有効なデータが得られた (response rate 99.1%)。対象者の背景は、平均年齢 56 歳 (SD=13)、既婚が 75%、高卒以上の教育経験を有するもの 82%、独居者 9% 等であった。また、病期は 0-II 期 72%、III 期 7%、IV 期・再発 22% であり、PS は 0 が最も多く 85%、現在抗がん剤治療受療中のものが 51% であった。HADS のカットオフ値を用いると適応障害および大うつ病レベルの精神的苦痛を有していることが推測されたものは各々 31%、7% であった。

満たされていないニードが存在する割合は、

医学的な情報で最も高く 44.5% であり、続いて心理的側面 38.5%、患者ケアや援助 23.3%、身体状態および日常生活 21.5%、性的問題 7.3% であった。全体の 52.1% に何らかの満たされていないニードが存在していた。個別項目をみても、満たされていないニードとして頻度が高いものは、何でも話せる医療スタッフ 34.7%、がんが広がることへの恐れ 29.2%、自分でできることに関する情報 27.9%、がんの縮小に関する情報 27.4%、設備が整った快適な病院 26.1%、一人の人として接してもらうこと 25.3% 等であった。

ニードと HADS、QOL との関連については、以下のように、性的問題に対してのニードと QOL 以外では全てに有意な関連が認められた。

- ・ 各次元のニードと HADS 総スコアの相関
医学的な情報 $r=0.41$, $P<0.001$
心理的側面 $r=0.72$, $P<0.001$
患者ケアや援助 $r=0.48$, $P<0.001$
身体状態および日常生活 $r=0.66$, $P<0.001$
性的問題 $r=0.28$, $P<0.001$
- ・ 各次元のニードと QOL 総スコアの相関
医学的な情報 $r=-0.36$, $P<0.001$
心理的側面 $r=-0.60$, $P<0.001$
患者ケアや援助 $r=-0.45$, $P<0.001$
身体状態および日常生活 $r=-0.66$, $P<0.001$
性的問題 $r=-0.15$, NS

D. 考察

わが国の外来通院中の乳がん患者においては、半数以上の患者に何らかの満たされていないニードが存在することが示された。中でも情報、精神的ケアに対するニードが高いことが示されたことから、今後わが国のがん医療において、これらのニードを満たすような取り組み、および介入方法の開発が必要であることが示された。加えて、ニードの高さは精神的苦痛、QOL の低下と有意な関連が認められることから、ニードに対する介入法が開発が、精神的苦痛軽減および QOL 向上に有用である可能性が示唆された。

E. 結論

本結果から、満たされていない患者ニードへの介入が、精神的苦痛軽減および QOL 向上に有用である可能性が示唆された。今後、本知見に基づき、患者ニードを標的とした介入方法を開発していく予定である。

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. Yoshikawa E, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. Biol Psychiatry 59 : 707-712, 2006
2. Nakaya N, Akechi T, Uchitomi Y, et al: The lung cancer database project at the national cancer center, Japan: study design, corresponding rate and profiles of cohort. Jpn J Clin Oncol 36:280-284, 2006
3. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Knowledge and Beliefs About End-of-Life Care and the Effects of Specialized Palliative Care: A Population-Based Survey in Japan. J Pain Symptom Manage 31 : 306-316, 2006
4. Morita T, Akechi T, et al : Artificial Hydration Therapy, Laboratory Findings, and Fluid Balance in Terminally Ill Patients with Abdominal Malignancies. J Pain Symptom Manage 31 : 130-139, 2006
5. Fujita A, Akechi T, et al: Memory, attention, and executive functions before and after sine and pulse wave electroconvulsive therapies for treatment-resistant major depression. J Ect 22:107-112 , 2006
6. Akechi T, Uchitomi Y, et al : Screening for Depression in Terminally Ill Cancer Patients in Japan. J Pain Symptom Manage 31 : 5-12, 2006
7. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. Psychooncology, 15:463-473、2006
8. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. Br J Psychiatry, 188:231-236, 2006
9. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. Jpn J Clin Oncol, 36 : 329-332, 2006
10. 佐川竜一、明智龍男
せん妄の病態と患者や家族に与える苦痛緩和ケア 16, 103-107, 2006
11. 明智龍男
緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮
緩和ケア 16, 329-332, 2006
12. 明智龍男
がん患者が死を望む時
名古屋市立大学医学会雑誌 57, 25-30, 2006
13. 明智龍男、内富庸介
がん患者の抑うつ症状緩和
医学のあゆみ 219, 1017-1021, 2006

学会発表

1. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence: feasibility study. 8th World Congress of Psycho-oncology. 2006. 10, Venice, Italy
2. Toru Okuyama, Akechi T, et al: Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to Recognize depression and preferences of treatments - comparison with Japanese Lay public. 8th World Congress of Psycho-oncology. 2006. 10, Venice, Italy
3. Kobayakawa M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Levels of omega-3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer. 8th World Congress of Psycho-oncology. 2006. 10, Venice, Italy
4. Yoshikawa E, Akechi T, Uchitomi Y et al: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. 8th World Congress of Psycho-oncology. 2006. 10, Venice, Italy
5. Akazawa T, Morita T, Akechi T, et al: Contributing factors and physical-psychosocial characteristics of desire for early death among patients near the end of life in Japan. 8th World

- Congress of Psycho-oncology. 2006. 10, Venice, Italy
6. Matsuoka Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in women with breast cancer. 8th World Congress of Psycho-oncology. 2006. 10, Venice, Italy
 7. 浅井真理子, 森田達也, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の終末期ケアに関わる医師のバーンアウトと精神医学的障害: 全国横断調査. 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 京都
 8. 秋月伸哉, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の適応障害と大うつ病の簡便なスクリーニングの開発: つらさと支障の寒暖計: 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 京都
 9. 清水研, 明智龍男, 内富庸介, 他: 看護師と精神科による抑うつ発見、治療の取り組み-有用性、実施可能: 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 京都
 10. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者の抑うつ状態のスクリーニング: 簡易面接法の有用性: 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 京都
 11. 奥山徹, 明智龍男, 他: がん患者における精神的負担の認識、及びその対処法への意向第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 京都
 12. 藤森麻衣子, 明智龍男, 内富庸介, 他: 悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション: 患者に対する面接調査による予備的検討: 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 京都
 13. 赤澤輝和, 森田達也, 明智龍男, 他: 緩和ケアにおける希死念慮をどのように理解すればよいのか?: 第 11 回日本緩和医療学会総会 2006. 6, 神戸
 14. 奥山徹, 明智龍男, 他: がん患者における精神的負担及びその対処方法への意向: 一般市民と比較して: 第 11 回日本緩和医療学会総会. 2006. 6, 神戸
 15. 森麻衣子, 明智龍男, 内富庸介, 他: 悪い知らせの際にがん患者はどのようなコミュニケーションを望んでいるのか?: 第 11 回日本緩和医療学会総会. 2006. 6, 神戸
 16. 明智龍男, 内富庸介, 他: 緩和医療における臨床研究の実際: 観察研究: 第 11 回日本緩和医療学会総会ワークショップ 「ケアの裏づけ: 臨床に生かす研究法」: 2006. 6, 神戸
 17. 明智龍男: せん妄に対する医学的マネジメント: 第 11 回日本緩和医療学会総会指定演題 「ケアのピットホール: せん妄への対応を考える」. 2006. 6, 神戸
 18. 明智龍男: がん患者に対する精神的ケア: サイコオンコロジーの取り組み: 第 56 回日本泌尿器学科学会中部総会シンポジウム 患者が期待する癌医療-個別化治療に向けて: 2006. 10, 名古屋
 19. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者の抑うつ状態のスクリーニング: 簡易面接法の有用性: 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006. 12, 宇都宮
 20. 奥山徹, 明智龍男, 他: 精神的負担について相談することへの抵抗感は、主治医によるうつ病過小評価に関連する: 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006. 12, 宇都宮
 21. 内田恵, 明智龍男, 他: 意思決定能力の概念が、その臨床的評価の一助となった症例: 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006. 12, 宇都宮
 22. 佐川竜一, 明智龍男, 他: 精神科に依頼されたがん患者における、せん妄の発現要因に関する検討: 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006. 12, 宇都宮
 23. 松岡豊, 明智龍男, 内富庸介, 他: がんに関連した侵入性想起と透明中隔腔開存との関連: 第 19 回日本総合病院精神医学会総会: 2006. 12, 宇都宮
- 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。

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者に対する包括的支援システムの開発に関する研究

分担研究者 岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科教授

研究要旨 本年度の研究目的は、全国の医療機関におけるがんリハビリテーションの実態を明らかにすることであった。方法は2006年3月、全国の医療機関のうち、2005年12月に財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価に認定された1693医療機関を対象とし、がんリハビリテーションの実態について、郵送法によるアンケート調査を行った。その結果、1045施設（62.0%）から有効回答を得た。2005年度にがん患者に対してリハビリテーションを実施していた施設は864施設（82.7%）であり、実施内容は歩行訓練（92.1%）、筋力増強訓練（88.9%）、関節可動域訓練（85.6%）の身体機能に関する内容で高い割合が示された。日常生活動作指導・訓練（73.6%）においても高い実施割合が示された。がん患者に対するリハビリテーションを実施していなかった181施設のうち、171施設が（94.5%）がん患者に対するリハビリテーションの必要性を感じていると回答した。本実態調査に基づき、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討する必要があることが明らかとなった。

A. 研究目的

がんリハビリテーションの概念を確立するとともに、がん患者に対するリハビリテーションアプローチに関する介入法と評価法を確立し、がんリハビリテーションの開発を目指すことを最終目標とする。今回は、その目標達成のためのワンステップとして、全国の医療機関におけるがんリハビリテーションの現状を知ることが目的とした。

B. 研究方法

全国の医療機関のうち、2005年12月までに財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定を受け、一般病院、長期療養病院、複合病院に認定（精神科病院を除く）された1693医療機関のリハビリテーション関連部門に対して、がんリハビリテーションの実態調査票を2006年3月に郵送した。また、2006年4月末までに返信していない医療機関全てに対し、5月に広島大学大学院保健学研究科精神機能制御科学研究室教授名にて調査票の返送依頼書を送付した。本研究では、2006年3月末までに日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定が取り消された7施設を除外した1686施設を母集団とした。

調査内容は、①調査票に回答した者の職種及び臨床経験年数、②2005年度のがん患者に

に対するリハビリテーションの実施の有無、実施した医療機関については、③リハビリテーション従事者、④リハビリテーションを行っている患者のがん種（原発のみ）、⑤がん患者の病期、⑥2005年度の入院および外来別のリハビリテーション実施者数（新規患者のみ）、⑦実施内容であった。

一方、2005年度にリハビリテーションを実施しなかった医療機関については、⑧がん患者に対するリハビリテーションの必要性の有無、⑨がん患者に対するリハビリテーションの必要性を感じる場面、⑩がん患者に対するリハビリテーション実施導入が遅れている理由、⑪今後、がん患者に対するリハビリテーションを実施する予定の有無を調査した。

上記の質問内容に関しては、第3次対がん総合戦略事業「QOL向上のための各種患者プログラムの開発」に携わるがんリハビリテーションの知識を有する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、心理士、疫学者による十分な検討を行い決定した。

がん患者に対するリハビリテーションの実施割合の算出は、調査票を返送した1059施設のうち、実施の有無に回答があった1045施設を分母とした。がん患者に対するリハビリテーションの調査内容項目の各々の割合は、リハビリテーション実施施設数とリハビリテ

ションを実施していない施設数をそれぞれ分母とした。

尚、本調査票にはリハビリテーションの定義として、「身体機能、生活機能、生活活動などのさまざまな能力を回復することを意味します。手段として、看護、介護、理学療法、作業療法、言語療法、カウンセリングなどがあげられます。歩行訓練や筋、関節に限らず、日常生活や社会生活に対する支援を含みます」という文章を最初の頁に記載した。

(倫理面への配慮)

依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーは厳重に守られること、結果は匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、回答が得られた場合に研究参加に同意が得られたと評価し、解析対象とした。

C. 研究結果

全国1686医療機関のうち、1045施設(62.0%)から調査票の有効回答を得た。

調査票に回答した者の職種は理学療法士の割合が最も多く(78.7%)、次いで医師(8.7%)、作業療法士(7.2%)、看護師(1.5%)であった。その他の職種として、言語聴覚士(0.5%)、事務担当(0.2%)、心理士(0.1%)があげられた。また、調査票に回答した者の臨床経験年数は、1-10年目が30.9%、11-20年目が39.6%、21年以上は28.6%であった。回収率における地域(北海道60.2%、東北地方59.1%、関東地方59.5%、中部地方71.3%、近畿地方64.3%、中国地方59.6%、四国地方59.0%、九州・沖縄地方63.2%)には、有意な差は認められなかった($\chi^2=11.6$, $P=0.11$)。

1) がん患者に対するリハビリテーション実施施設の実態

2005年度にがん患者に対するリハビリテーションを実施していたのは864施設(82.7%)であった。リハビリテーション関連部門に従事する者の割合は理学療法士が最も多く(97.3%)、次いで医師(74.9%)、作業療法士(64.6%)、言語療法士(57.1%)であった。その他に看護助手(15.9%)、看護師(15.2%)、社会福祉士(8.0%)、心理士(5.3%)、義肢装具士(3.2%)、介護福祉士(2.7%)、精神保健福祉士(1.0%)があげられた。

リハビリテーションを行った患者のがん種(原発のみ)では、消化器(81.4%)、肺・気管支(64.7%)、乳腺(63.4%)、脳・神経・眼(59.0%)、肝臓・胆のう・膵臓(56.7%)において、実施割合が過半数を超えていた。

リハビリテーションを実施しているがん患者の病期は、再発・進行期で86.8%、終末期で84.6%、早期で79.6%であり、いずれの病期においても高い実施割合が示された。

リハビリテーションを行ったがん患者数(新規患者のみ)は、入院患者数において10-50人未満で44.9%、10人未満で34.1%、50-100人未満で10.8%、100人以上が8.1%であった。一方、外来患者数において10人未満で65.6%、10-50人未満で8.6%、50-100人未満で1.4%、100人以上で0.3%であった。

がん患者に対するリハビリテーションの実施内容は、身体機能に関する内容として歩行訓練(92.1%)、筋力増強訓練(88.9%)、関節可動域訓練(85.6%)で高い実施割合が示された。また日常生活に関する内容として、日常生活動作指導・訓練(環境調整、福祉機器、自助具等)(73.6%)で高い実施割合が示された。術後ケアとしての乳がん術後の上肢機能再建(56.6%)の実施割合は過半数を超えたが、リンパ浮腫に対するケア(43.4%)、頭頸部がん術後のケア(14.8%)、大腸がん術後の大腸ストーマケア(10.3%)、泌尿器がん術後のウロストーマケア(5.4%)の実施割合は低かった。患者の精神・心理面に焦点を当てた内容である創作的活動(気晴らし、音楽、絵画、手工芸等)(24.4%)、心理療法と心理カウンセリング(7.6%)は低い実施割合であった。

2) がん患者に対するリハビリテーション未実施施設の実態

2005年度にがん患者に対するリハビリテーションを実施していなかったのは181施設であった。このうち、がん患者に対するリハビリテーションの必要性が「ある」と答えた医療機関は171施設(94.5%)であり、必要が「ない」と答えた施設は2施設(1.1%)、無回答は8施設(4.4%)であった。

がん患者に対するリハビリテーションの必要性があると答えた171施設のうち、リハビリテーションの必要性を感じる場面は、「もう一度立って歩きたいという要求が患者からあった時」で69.1%と最も高かった。その他、「在宅へ移行する患者の介護方法を家族や介

護者に教える時」が68.0%、「他人に頼らず、トイレをしたいという要求が患者からあった時」が65.7%、「寝たきり状態で移動に苦労している患者の動かし方を工夫したい時」が56.4%と過半数を超えた。次いで「患者が孤立し、生きがいを感ぜられない時」が47.0%、「抑うつ・不安などの心理的苦痛への対応をはかる時」が45.3%、「スピリチュアル・ペインへの対応をはかる時」が26.5%であった。

がん患者に対するリハビリテーション実施導入が遅れている理由として、「主治医よりリハビリテーションを処方されることがない」が50.8%と過半数を超えた。次いで、「リハビリテーションの担当職員が不足している」が30.4%、「施設・設備が整備されていない」が27.1%、「経済的裏付けがない」が23.8%、「がん患者に対するリハビリテーションの有効性を示す科学的根拠がない」が19.9%、「がん患者に対するリハビリテーションの必要性を感じない」で5.5%であった。

がん患者に対するリハビリテーションを行う「予定がある」と回答したのは181施設中22施設（12.2%）であった。リハビリテーションを行う「予定がない」は58.6%、「検討中」は23.2%、無回答は6.1%であった。

D. 考察

本研究では、日本の医療機関を対象として、がん患者に対するリハビリテーションの実態を知ることがを目的に調査を行った。その結果、2005年度においてがん患者に対するリハビリテーションは80%以上の施設で実施されていた。また、がん患者に対するリハビリテーション未実施施設のうち、約95%の施設はその必要性を認めていた。したがって、日本の医療機関におけるがんリハビリテーションの実施率は高く、その必要性が高いことが明らかになった。

がん患者に対するリハビリテーションの実施内容として、歩行訓練、筋力増強訓練、関節可動域訓練、日常生活動作指導・訓練で高い実施割合が示された。一方、術後ケアとしての乳がん術後の上肢機能再建の実施割合は半数を超えたものの、リンパ浮腫に対するケア、頭頸部がん術後のケア、大腸がん術後の大腸ストーマケア、泌尿器がん術後のウロストーマケアといったがんに特化したリハビリテーションの実施割合は低率であることが示された。本結果より、日本のがん患者に対するリハビリテーションでは、基本的な生活活

動を可能にするためのリハビリテーションが行われている実態が明らかになった。一方、がんに特化したリハビリテーションプログラムは普及していない可能性が示唆された。今後、がん種及びがん治療後におけるリハビリテーションの普及を目指した取り組みが必要である。

本研究の特長として、下記に示す3点が挙げられる。第1に、本調査は日本のがんリハビリテーションに関する実態調査を検討した最初の報告であった。本実態調査により、日本の医療機関におけるがんリハビリテーションの実施状況及び内容に関する実態が明らかとなり、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討する必要性が明らかとなった。

第2に、本研究では対象医療機関の回答率を上昇させるため、督促状を配布することにより62.5%の高い回収率が得られた。さらに回収率による有意な地域差は認められなかった。したがって、本研究結果は日本の医療機関の結果を反映していると考えられる。

第3に、本調査の質問項目はリハビリテーションに精通した研究グループによって精査され、がんリハビリテーションの知識を有する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、心理士、疫学者による十分な検討のもとで作成された。したがって、質問項目は各職種の意見を取り入れた質問項目を設定しており、がんリハビリテーションの実態をより反映していると考えられる。

本研究の限界としては、下記に示す3点が挙げられる。第1に、本調査票に回答した者の職種は理学療法士の割合が最も多く（78.7%）、次いで医師（8.7%）、作業療法士（7.2%）、看護師（1.5%）であった。理学療法士はがん患者に対するリハビリテーションを実施する主要な職種であることが明らかとなった反面、本調査における実施内容等の回答が理学療法士の職種に偏った回答である可能性がある。

第2に、リハビリテーションの定義が曖昧であった可能性がある。調査票中にリハビリテーションの定義（「方法」参照）を記載したが、職種間あるいは個人間におけるリハビリテーションの定義が異なっていた可能性がある。そのことにより、がんリハビリテーションの実施率および実施内容等の実施率が多少変化したかもしれない。したがって、本研究結果を慎重に解釈する必要がある。

第3に、今回は病院の規模や内容（大学病院、

総合病院，専門病院など）別に解析ができなかった点があげられる。病院の規模や性質によってリハビリテーションの内容が異なっている可能性は否定できない。

以上の点を踏まえつつ，今後，日本においてがん患者に対するリハビリテーションを普及させるために，まず，がん種別，がんステージ別，がん治療方法別にその有効性を確立することが重要である。さらに，各医療機関にがんリハビリテーションをどのように普及させるかを検討する必要がある。

E. 結論

日本の医療機関を対象にがん患者に対するリハビリテーションの実態調査を行った結果，2005年度におけるその実施施設は8割を超えていた。その内容としては，身体機能および日常生活に関するものの割合が高かった。リハビリテーションを実施していない施設においてもその必要性を感じている施設は多かった。本実態調査により，がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討する必要があると考えられた。

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. Sato D, Okamura H, et al: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Physical Performance Test (PPT) Battery in chronic pain patients. *Disabil Rehabil* 28: 397-405, 2006
2. Inoue M, Okamura H, et al: Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiat Clin Neurosci* 60: 29-36, 2006
3. Ueno K, Okamura H, et al: Factors associated with the self-efficacy of terminally ill cancer patients: focusing on nurses' response. *J Hospice Palliat Nurs* 8: 147-154, 2006
4. 岡本百合, 岡村 仁, 他: 大学生はメンタルヘルスに関してどのようなイメージを持っているか?—医療系学生に対する検討—。総合保健科学 22: 33-39, 2006
5. 安東由佳子, 岡村 仁, 他: 神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレスの明確化。臨床看護 32: 412-419, 2006
6. 石橋照子, 岡村 仁: 精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法。日本看護研究学会雑誌 29: 73-78, 2006
7. 新宮尚人, 岡村 仁, 他: 統合失調症患者に対する作業療法における主観経験尺度の作成—OT 治療要素経験尺度の信頼性・妥当性の検討—。リハビリテーション科学ジャーナル 1: 41-50, 2006
8. 小早川誠, 岡村 仁: 悪性腫瘍の遠隔効果“Paraneoplastic syndrome”。症状性(器質性)精神障害のガイドライン。精神科治療学 21 (増刊号): 112-113, 2006

学会発表

1. Ozono S, Okamura H, et al: Relationship between posttraumatic stress symptoms and family functioning in childhood cancer survivors and their parents. American Psychosocial Oncology Society (APOS) Third Annual Conference, Amelia Island, Florida, February 16-19, 2006
2. Kaneko F, Okamura H: Self-perception of children with ADHD. 14th Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Sydney, Australia, July 23-28, 2006
3. Watanabe Y, Okamura H: Depression in the elderly: prevalence and associated factors. 14th Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Sydney, Australia, July 23-28, 2006
4. Shingu N, Okamura H, et al: A study about “Awareness of a physical sense” in an occupational therapy process: subjects for schizophrenic inpatients. 14th Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Sydney, Australia, July 23-28, 2006
5. Sato D, Okamura H, et al: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Physical Performance Test (PPT) Battery in chronic pain patients. 14th Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Sydney, Australia, July 23-28, 2006
6. Yamashita M, Okamura H, et al: Family functioning as a predictor of

- depression and anxiety in breast cancer survivors: 3-year prospective study. 8th World Congress of Psycho-Oncology, Ferrara-Venice, October 16-21, 2006
7. Niitani M, Okamura H, et al: Psychological distress and associated factors in spouses of outpatients with advanced gastrointestinal cancer. 8th World Congress of Psycho-Oncology, Ferrara-Venice, October 16-21, 2006
 8. Saeki T, Okamura H, et al: Family typology and psychological distress among Japanese childhood cancer survivors and their patients. 8th World Congress of Psycho-Oncology, Ferrara-Venice, October 16-21, 2006
 9. Ueno K, Okamura H, et al: Factors associated with the self-efficacy of terminally ill cancer patients: focusing on nurses' response. 8th World Congress of Psycho-Oncology, Ferrara-Venice, October 16-21, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況

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（第3次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者に対する包括的支援システムの開発に関する研究

分担研究者	秋月伸哉	国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 室長
研究協力者	稲垣正俊	国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 研究員
	藤森麻衣子	国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 リサーチ・レジデント
	水野資子	国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 リサーチ・レジデント

研究要旨 以下の2つの研究を行った。(1)がん医療における患者－医師間のコミュニケーション：前年度までに行った悪い知らせを伝えられる際の患者－医師間のコミュニケーションに対する意向調査の結果に基づき、がん医療に携わる精神科医2名、臨床心理士3名、臨床腫瘍医1名でディスカッションを行い、医師ががんに関連する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションについてのガイドラインを作成し、本ガイドラインを学習するためのコミュニケーション技能訓練法プログラムを開発した。(2)脳画像の手法を用いたがん患者の精神症状の病態解明：膵がん患者21名を対象とし、うつ病の有無で前頭前野、辺縁系の安静時部分脳糖代謝を比較した。うつ病群では梁下野前帯状回の部分脳糖代謝が、非うつ病群と比較して高いことが示された。

A. 研究目的

インフォームドコンセントを前提としたがん医療において、患者は病気に関する悪い知らせを伝えられ、多くの場合絶望感を体験し、一部の患者は精神症状を呈する。がん患者への包括的支援として精神症状への支援を中心とした以下の研究を行った。

(1)がん医療における患者－医師間のコミュニケーション：

医学の進歩や社会の情報化に伴い、医師が患者に進行がんや再発の診断、積極的抗がん医療の中止といった悪い知らせを伝えることは避けられない。悪い知らせは患者やその家族にとって衝撃的であり、またその直後には重要な意思決定が必要とされるなど手厚い支援が必要な状態である一方で、悪い知らせを伝える際に何らかの戦略を有している医師は少ない。本研究では、昨年度までに報告した悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に関する質的研究、及び量的研究を踏まえ、医師ががんに関する

悪い知らせを伝える際のコミュニケーションを学習するためのコミュニケーション技能訓練法プログラムを開発することを目的とした。(2)脳画像の手法を用いたがん患者の精神症状の病態解明

がん患者におけるうつ病は反応性で病相期間が短く、がん診断後初めてうつ病を経験する症例が多いなどの特徴を持つ。しかし、このようながん診断後の初発うつ病の病態は明らかになっていない。がん患者の初発うつ病の病態を明らかにすることを目的とし、すい臓がん患者のうつ病と安静時部分脳糖代謝との関連についての検討を行った。

B. 研究方法

(1)がん医療における患者－医師間のコミュニケーション：

前年度までに行った悪い知らせを伝えられる際の患者－医師間のコミュニケーションに関する質的研究、及び量的研究結果から得られた70項目、4因子のコミュニケーションについて、医師が学習可能な表現となるようデ

イスカッションを行い、ガイドラインを作成した。参加者は、がん医療における患者－医師間のコミュニケーションに関する研究に従事する精神科医 2 名、臨床心理士 3 名、臨床腫瘍医 1 名であった。表現案について各参加者が表現に対する評価を行い、意見が分かれた場合には一致するまでディスカッションを行い、意見をまとめた。

また、作成されたガイドラインを医師が学習するために、先行研究を参考に、上記参加者でディスカッションを行い、医師を対象としたコミュニケーション技能プログラムを開発した。

(2) 国立がんセンター東病院にて膵がんの診断を受け、病期の診断目的に F18-fluorodeoxyglucose をリガンドとした Positron Emission Tomography: FDG PET による全身検査を受けたがん患者のうち、適格基準を満たし文書による同意が得られた 21 名を対象とした。うつ病エピソードの有無は PET 撮影前 2 日以内に行われた DSM-IV に基づく構造化面接により評価した。がん診断後の初発うつ病エピソード有り群と無し群において、安静時脳内糖代謝の比較を行った。

C. 研究結果

(1) 作成されたガイドラインは「サポートティブな環境設定 (Supportive environment)」、「悪い知らせの伝え方 (How to deliver the bad news)」、「付加的情報 (Additional information)」、「安心感と情緒的サポート (Reassurance and Emotional support)」の 4 つ因子の頭文字から SHARE とまとめた (添付資料参照)。

また、作成されたコミュニケーション技能訓練プログラムは、参加者 4 名、ファシリテーター 2 名、模擬患者 2 名を 1 グループとして、主に講義とロール・プレイ (2 日間、12 時間) で構成された (添付資料参照)。講義では患者－医師間の基本的コミュニケーション、及び作成されたガイドラインに関する情報が提供される (30 分間)。その後、講義で学習したコミュニケーションのデモンストレーション・ビデオを鑑賞し (30 分間)、グループの凝集性を高めるための他己紹介を行い (30 分間)、ロール・プレイ (参加者 1 名が医師役となり、模擬患者を相手に模擬面接を行う)。ロール・プレイで難しいと感じた点について他の参加者を含めてディスカッションを交えて SHARE に基づいた問題解決を目指す。ロール・プレイは 1 セッションを 1 時間とし、1

人②セッション以上行う。

(2) 対象者 21 名のうち 6 名にうつ病を認めた。2 名が大うつ病で 4 名が小うつ病であった。うつ病エピソードの有無で背景因子に有意な差は認められなかった。関心領域内で、うつ病群では梁下野前帯状回 (MNI 脳座標で -8 32 -10) の部分脳糖代謝が、非うつ病群と比較して高かった ($t=0.89$, uncorrected $p=0.002$)。

D. 考察

本研究で作成されたガイドラインをこれまで報告されている欧米のガイドラインと比較すると、情緒的サポート因子を強調したガイドラインとした。これは、昨年報告した量的研究での因子分析の結果を反映したものである。また、家族への配慮が強調される点も欧米とは異なる点である。そのため、模擬患者も家族役を同席する。また、他の医療者を同席させる場合にはその理由を述べる、患者の手や肩に触れることは避ける、医師のペースで話すことを望む患者がいることなど欧米の患者とは異なる意向を反映したガイドラインとなっている。また、日常生活への病気の影響や代替療法について話し合うなどこれまで扱われていないコミュニケーションについても触れている。

本プログラムを用いて、SHARE を学習することによって、患者それぞれの意向を探索し、その意向に副った医療の提供が可能となることが期待される。

(2) がん以外のうつ病における部分脳糖代謝に関する研究では、全てが一致した結果ではないものの、梁下野前帯状回部位の低い代謝が認められている。一方で、PTSD などの不安障害ではこの近傍脳部位で高い代謝が認められたという報告もある。うつ病と PTSD の合併率が高いという以前の報告を考慮すると、本研究で認められたうつ病の病態は、不安障害と類似した病態を含むことが示唆される。梁下野前帯状回は情動を関連するほか脳部位とも密接な接続を持つ。よって本研究で認められたこの部位の代謝異常は理にかなっていると考えられる。今後は安静時のみでなく、情動刺激時の脳活動を観察する必要がある。

E. 結論

(1) 前年度までに行った悪い知らせを伝えられる際の患者－医師間のコミュニケーションに対する意向調査の結果に基づき、医師ががんに関連する悪い知らせを伝える際のコミュ

ニケーションについてのガイドライン SHARE を作成し、本ガイドラインを学習するためのコミュニケーション技能訓練法プログラムを開発した。

(2) 膵がん患者におけるうつ病エピソードの有無と梁下野前帯状回の糖代謝に関連があることが示された。

なし。

3. その他
なし。

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. Fujimori M, Akizuki N, Uchitomi Y, et al, Psychometric properties of the Japanese version of the quality of life-Cancer Survivors Instrument, Quality of Life Research , 15, 1633-1638, 2006
2. Yoshikawa E, Akizuki N, Uchitomi Y, et al, Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. Biol Psychiatry, 59(8), 707-12, 2006

学会発表

1. Fujimori M, Akizuki N, Uchitomi Y, et al: Japanese cancer patients' preferences for physicians' communication style when receiving bad news. International Colleg of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. 2006. 6, Hiroshima
2. 藤森麻衣子, 秋月伸哉, 内富庸介, 他: 悪い知らせの際にがん患者はどのようなコミュニケーションを望んでいるのか?: 第 11 回日本緩和医療学会総会. 2006. 6, 神戸
3. 藤森麻衣子, 明智龍男, 内富庸介, 他: 悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション: 患者に対する面接調査による予備的検討: 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2006. 6, 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

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 (外国語)

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Matsuoka Y, Nagamine M, Uchitomi Y	Intrusion in women with breast cancer	Kato N, Kawata M, Pitman RK	PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications	Springer-Verlag	Tokyo	2006	169-178

書籍 (日本語)

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内富庸介、清水研、他	精神科医によるメンタルケア		多職種チームのための周期術マニュアル4 / 頭頸部癌	メヂカルフレンド社	東京	2006	84-92
岡村優子、内富庸介、他	再発乳癌患者に対する精神的支援		再発乳癌診療ハンドブック	中外医学社	東京	2006	117-125
門田和気、下山直人、他	疼痛と疼痛緩和ケア	日本臨床腫瘍学会	新臨床腫瘍学	南江堂	東京	2006	743-749
高橋秀徳、下山直人、他	緩和医療	福富隆志	再発乳癌診療ガイドブック	中外医学社	東京	2006	103-116
下山直人	鎮痛薬の特徴と使用法	社団法人日本麻酔科学会教育委員会・安全委員会	J S Aリフレクチャーコース	メディカル・サイエンス・インターナショナル	東京	2006	110-116
岡村 仁	がんの告知	日経メディカル編	がんを生きるガイド	日経BP社	東京	2006	14-15
岡村 仁	サイコオンコロジー	飯野佑一、園尾博司	よくわかる乳癌のすべて	永井書店	大阪	2006	488-493

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakaya N, Uchitomi Y, et al	Personality traits and cancer survival: a Danish cohort study	Br J Cancer	95	146-152	2006
Saito-Nakaya K, Akizuki N, Uchitomi Y, et al	Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer	Cancer Sci	97	206-213	2006
Nakaya N, Akechi T, Uchitomi Y, et al	The Lung Cancer Database Project at the National Cancer Center, Japan: Study Design, Corresponding Rate and Profiles of Cohort	Jpn J Clin Oncol	36	280-284	2006