

がん患者における精神的苦痛の国際比較研究

(スライド1)

我が国でも国立がんセンターにおいて、ここ数年がん診断に関する情報開示がほぼ100%行われるようになりまして、ようやく欧米における精神的苦痛、負担などの調査結果と比較できるような状況になってきました。今日はまだほぼ始まったばかりの研究成果ではありませんが、「がん患者における精神的苦痛の国際比較」ということで、ご紹介したいと思います。



国立がんセンター研究所支所・
精神腫瘍学研究部長

内富 庸介

(スライド2)

本研究の目的は、日本人がん患者における精神的苦痛の評価尺度の信頼性・妥当性検討と、最後に得られた結果を国際比較するという手法をとりました。研究の2としまして、そこで得られた調査結果をもとに、どうも日本人がん患者は、取り組み方が少し欧米で言われているものとは違うのではないかとということで、検討を始めてみました。

スライド1

がん患者における精神的苦痛の国際比較

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部
内富庸介 久賀谷亮 明智龍男

Psychiatry Service, Department of Neurology
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
Steven D. Passik

(スライド3)

これは、1970年代後半の、特にがんの情報開示がアメリカでほぼ100%行われるようになっていた時代の、アメリカの東海岸の代表的ながんセンター3つの施設におけるがん患者さんに、精神科医/サイコロジストが精神的負担について、90分間にわたり面接調査を行いまして、どの程度の負担があるかというものを調べた代表的な研究の一つです。

スライド2

本研究の目的

研究1. 日本人がん患者における精神的苦痛の評価尺度の信頼性・妥当性検討および国際比較

研究2. 日本人がん患者の取り組み方(コーピング様式)と感情状態の関連の検討および国際比較

それを見ますと、現状に不応をおこして、日常生活に何らかの支障がある方が3人に1人くらいおられました。そして、落ち込み等がひどく、抗うつ薬など薬物療法が必要な状態の方が6%くらいおられました。今日はこの不応とうつ病を合わせまして、大きく抑うつと言い、このことに関して話を進めさせていただきたいと思います。もちろん2人に1人の方が通常

スライド3

がん患者における精神的苦痛

対象：無作為抽出されたがん患者 215 名

適応障害 (抑うつ・不安) 32%	大うつ病 6%	通常反応 53%
-------------------------	------------	----------

Derogatis & PSYCO Group, JAMA 249:754, 1983

反応と書いてありますが、全く何も問題がないかということもちろんそうではなくて、日常生活には支障がないが、やはり何とか適応されているというふうにご理解いただけたらと思います。

(スライド4)

もう少し詳しく言いますと、がんという診断が開示された後大体2週間は、皆さん非常に衝撃の時期を過ごされますが、日常生活に見かけ支障が無い程度に戻れるのに2週間を要します。そして、3人に1人の方が不適応で軽いうつを経験されるわけですが、ここの精神的負担の程度は、カウンセリングもしくは安定剤という程度の負担と考えていただけたらと思います。

そして重いうつ(大うつ病)になりますと、抗うつ薬とカウンセリングの両方が必要な程度の負担と考えていただけたらと思います。

(スライド5)

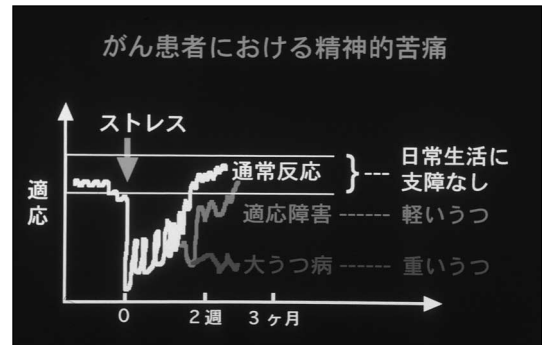
もう少し大うつ病についてお話ししますと、特徴的なのは、朝起きた時から気分が落ち込む、沈む、物事に興味がなくなった、ということで、日常生活に支障をきたすのものが中心でして、そして、自分の人生をネガティブにレビューを始める。自分の人生は価値がなかった。苛々する。そして生きていても仕方がない。こういった精神症状が5つあります。

右側の4つはうつ病の身体的な側面です。眠れない。食事が取れない。身体がだるい。テレビ・新聞が頭の中に入っていない。こういったもので形づくられております。

(スライド6)

まず評価尺度。精神的負担をどういうふうに評価するかと言いますと、自分でアンケート調査に記入して、精神的負担の程度を書いていくわけです。オリジナルのものは、イギリスで83年に開発され、それを次の演者の北村先生が日本語に訳された原版を元にして、14項目からなる不安・抑うつに関する自記式の尺度をがん患者さんにやっていただいて、それで何点以上であれば精神的負担と考えていいのかということを行いました。

スライド4



スライド5



スライド6

精神的苦痛の評価尺度

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

1983 原版作成 (Zigmond AS et al.)
1993 日本語訳 (北村)

14項目からなる不安・抑うつの自記式尺度。
身体疾患をもつ対象者に適している。

(スライド7)

対象は、柏にあります国立がんセンター東病院にて加療中のがん患者さん。全例がん告知を受けておられますが、その方々に、先ほどのHADSという自記式の尺度を、アンケート調査していただきました。合わせて、入院時に皆さん蓄尿されますので、そこで蓄尿していただいて、ストレスホルモンの一つであるコルチゾールを測定しました。

(スライド8)

対象となった患者さんの背景ですが、平均年齢61歳。男性が62%。がんの部位は、東病院の特徴としまして、肺がん、それから頭頸部がんというものが中心を占めております。そして、身体の状態をここに5段階に分けておりますが、東病院でこういったがん患者さんの治療前ですので、ほとんどの方はまだ無症状、もしくは少し日常生活に支障がある程度の身体状態であるのが中心です。

(スライド9)

これが結果です。この結果から、HADSという質問尺度の信頼性・妥当性は、Cronbach's α が0.77、0.79と、1に近い数字を示しております。非常に良好な結果を示しております。そして確認的因子分析を行いましても、0.9という1に近い数字を示しておりますので、非常に良いという結果が出ました。

(スライド10)

これはHADSの得点を横軸に取りまして、右に行けば行くほど負担が重くなります。そして縦軸は、患者さんが入院時に蓄尿された24時間のおしっこの中から、ストレスホルモンであるコルチゾールを測定しました。その結果、非常に高い相関が得られまして、HADSの信頼性がまた高まったというふうに理解しております。

スライド7

研究 1

目的

1. HADS日本語版の信頼性・妥当性の検討
2. 日本人がん患者における精神的苦痛のスクリーニング尺度としての有用性検討、国際比較

対象・方法

国立がんセンター東病院にて加療中のがん患者 (がん告知全例)。自記式尺度であるHADS, Profiles of Mood States (POMS) 施行および精神的苦痛の有無を精神科医が診断。24時間尿中コルチゾール測定。

スライド8

対象者背景		結果 (N=128)	
		N	%
年齢 (平均±SD)	61.1±10.8歳		
性別	男性	80	62.5
がん部位	肺	60	46.9
	頭頸部	53	41.4
	その他	12	9.4
PS (ECOG)	0 (無症状)	55	43.0
	1 (軽就労可)	60	46.9
	2 (50%以上起居)	7	5.5
	3 (50%以上就床)	2	1.5
	4 (終日就床)	4	3.1

ECOG; the Eastern Cooperative Oncology Group

スライド9

HADS 信頼性・妥当性

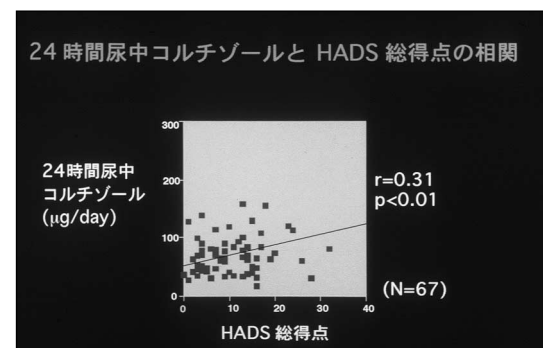
	HADS 下位尺度		HADS 総得点
	不安	抑うつ	
Cronbach's α	0.77	0.79	
テスト・再テスト相関係数	0.73#	0.82#	0.82#
POMSとの相関	0.60#	0.49#	0.60#

#p<0.01

確認的因子分析

Goodness Fit Index (GFI)	0.90
Adjusted GFI	0.86
Root Mean Square Residual (RMR)	0.057

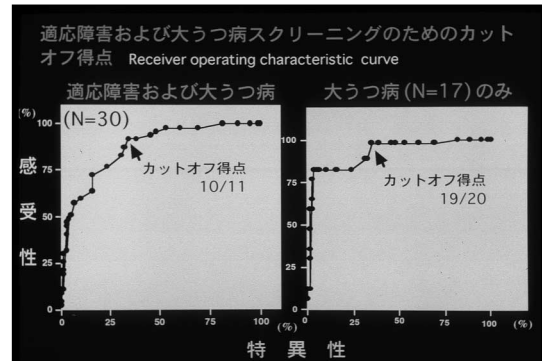
スライド10



(スライド11)

それでは、先ほど申し上げた適応の障害と大うつ病を合わせまして、落ち込み=抑うつを何点以上であればすくい出せるのかということで、ROCカーブというものを書きました。ここで、特異性・感度とも一番良しいということで10 / 11点。11点以上を患者さんが付けますと、何らかの負担があるということで、速やかに精神的な介入治療に導かれる必要があると結論付けました。

スライド11



(スライド12)

この11点という得点は、感受性・特異性という数字をもとに出したわけですが、海外でも同様に出ています。

スライド12

精神的苦痛スクリーニングにおけるHADSの有用性

適応障害および大うつ病 (%)			
HADS	カットオフ	感受性	特異性
総得点	10/11	91.5	65.4
不安	7/8	74.5	87.7
抑うつ	4/5	91.5	58.0
大うつ病 (%)			
HADS	カットオフ	感受性	特異性
総得点	19/20	82.4	96.3
不安	7/8	94.1	87.7
抑うつ	10/11	82.4	95.1

Kugaya et al., JCO 28:333-8, 1998

(スライド13)

これは、欧米でこれまで報告されております精神的負担に関するカットオフ値をまとめたものです。ヨーロッパのものとアメリカのものがありますが、大体においてカットオフ値は欧米の方が高いということがわかります。つまり日本人においては、カットオフ値が低いということは何らかの格差があるのではないか。

スライド13

HADSによる身体疾患をもつ患者の精神的苦痛スクリーニング

著者 (年)	対象	感受性 (%)	特異性 (%)	カットオフ
Razavi (1990)	がん患者	75	75	12/13
Hopwood (1991)	乳がん患者	75	74	17/18
Razavi (1992)	リンパ腫患者	84	66	9/10
Ibbotson (1994)	がん患者	80	76	14/15

(スライド14)

ということで、国際比較をするために、最も日本のがんセンターと同じ状況にあるニューヨークのメモリアル・スロン・ケタリング・キャンサー・センターというところと同じ尺度を使い、同じ乳がんの患者さんを使って行いましたところ、結果的に日本人の乳がん患者さんですと、24%の方がすくいあげられたのですが、同じ点にしますと、このように44%の方がすくいあげられまして、やはり感情の認知、表出、それから色々なことが考えられました。

スライド14

外来がん患者におけるHADS得点
-MSKCCと国立がんセンター東病院比較-

がん部位	N	HADS		
		総得点≥11点 N (%)	不安>7点 N (%)	抑うつ>7点 N (%)
MSKCC (1998) ^a 前立腺	97	33 (31.2)	23 (24.0)	10 (10.5)
MSKCC (1998) ^b 乳腺	103	45 (44.0)	50 (49.0)	20 (19.8)
国立がんセンター 東病院 (1998) ^c 乳腺	100	24 (24.0) [#]	21 (21.0) [#]	14 (14.0)

^ap<0.01 (MSKCC乳がん患者と比較; chi-square test) ^bRoth et al., Cancer 82:1904-8, 1998
^cRoth et al., unpublished data
^dOkuyama et al., unpublished data

(スライド15)

小括をしますが、まずHADSは信頼性・妥当性があるということ。次に欧米人ががん

患者とのHADS得点の比較における相違からは、感情認知と感情表出の差があるのではないかということ。コーピングと書きましたが、情報に対して取り組む態度というものが違うのではないか。特にアメリカでは情報を過度に求める傾向がありますが、日本人ではどちらかということと少しずつ知りたい、あまり一度には聞きたくないという態度の相違がありますので、ここについてもう少し進めたいと思いました。

(スライド16)

それで、がんの取り組み方という評価尺度を、我々のところで日本語訳を行いまして、信頼性・妥当性の検討を行いました。そしてがんに取り組む5つの態度があることがわかりました。1番目はがんと前向きに取り組むファイティングスピリット。2番目が不安。3番目が運命論的に取り組む。4番目は絶望的に取り組む。そして5番目に回避的に取り組むということです。

(スライド17)

日本人がん患者における取り組み方と感情状態の関連を検討し、日本と欧米との取り組み方の国際比較を行うことにしました。対象は国立がんセンター東病院の外来患者さん647例中、研究参加者は524例。そして最終的に解析できた方は455例でした。

(スライド18)

これは患者さんの背景ですが、先ほどの患者さんよりは若干若くなっていて58才。男性がちょうど半数位の53%。やはり頭頸部がん、肺がん、それから乳腺部がん患者さん。外来患者さんですので、身体的にはあまり症状がない。歩いて来ることができる方が多かったです。

(スライド19)

これがお示ししたい結果です。日本人がん患者さんのコーピング様式と感情状態の

スライド15

小括

1. HADS日本語版は信頼性・妥当性を有し、精神的苦痛のスクリーニングに有用である。
2. HADS得点の欧米人がん患者との比較における相違から、感情表出の差、コーピング様式の相違、その他の文化的差異などが示唆された。

スライド16

がんの取り組み方(コーピング様式)の評価尺度

The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale

1988 原版作成 (Watson M et al.)
1997 日本語訳、信頼性・妥当性検討 (明智ら)

5つの下位尺度からなる自記式尺度

1. Fighting spirit (前向きな取り組み方)
2. Anxious preoccupation
3. Fatalism
4. Helplessness/Hopelessness (絶望的な取り組み方)
5. Avoidance

スライド17

研究2

目的

1. 日本人がん患者におけるコーピング様式と感情状態の関連を検討
2. 日本と欧米のがん患者のコーピング様式の国際比較

対象・方法

国立がんセンター東病院の外来がん患者。MAC、POMS施行。適格症例647例中、研究参加者は524例(81%)、解析対象者は455例(70%)。

スライド18

対象者背景	結果 (N=455)	
	N	%
年齢 (平均±SD)	58.9±11.6歳	
性別		
男性	243	53
がん部位		
頭頸部	99	22
肺	87	19
乳腺	86	19
その他	183	40
PS (ECOG)		
0 (無症状)	346	76
1 (軽就労可)	89	20
2 (50%以上起居)	18	4
3 (50%以上就床)	2	0

関係ということで、ファイティングスピリットが落ち込みとマイナスに関連している。やはりがんと前向きに取り組む態度というのは、欧米と同じように、落ち込まないための良い態度で、推奨される態度であろう。そして、絶望的に取り組むのはやはり良くないということが出ました。

(スライド20)

最終的にがん患者さんの取り組む様式の、イギリスモデルとアメリカモデルというものが既に報告されておりますが、どちらの構造に似ているかということ解析しましたところ、微妙なところではありますが、イギリスのモデルの方に日本人のがんとの取り組み方が似ているようだということがわかりました。

(スライド21)

以上総括しますと、HADSの日本語版は日本人のがん患者さんでも有用であり、精神的苦痛のカットオフの差から、どうも感情表出の差や取り組み方などの相違があるのではないかということが示唆されました。そして、前向きな取り組み方は、落ち込み・不安などの負担に関して負の関連があったということですので、心の側面からは、やはりがんと前向きに取り組む態度を医療者側が推進するのは良いのではないかとということが得られました。そして、最後にこれはまだ非常にプレリミナリーではありますが、取り組み方の様式に関しては、アメリカ人よりもイギリス人に近いことが示唆されましたが、今後まだ解析が必要と思っております。

スライド19

日本人がん患者のコーピング様式と感情状態の関係

コーピング様式 (MAC scale)	感情状態 (POMS)		
	抑うつ	不安	総得点
Fighting spirit	-0.20**	-0.14*	-0.28**
Anxious preoccupation	0.33**	0.38**	0.32**
Fatalism	0.34**	0.21**	0.30**
Helplessness/ Hopelessness	0.62**	0.47**	0.59**
Avoidance	-0.01	-0.06	-0.07

*P < 0.01, **P < 0.001

スライド20

日本人がん患者のコーピング様式はイギリス、アメリカどちらに似ているか？
Akechi et al., J J Psychiatr Treat 12:1065-71, 1997

	χ^2/DF	GFI	AGFI	RMR	AIC
Watson et al. (1988) ^a イギリスモデル	2.81	0.80	0.78	0.09	595
Schwartz et al. (1992) ^b アメリカモデル	3.82	0.78	0.75	0.11	834

χ^2 : chi-square, DF: Degree of Freedom, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted GFI, RMR: Root Mean Square Residual, AIC: Akaike's Information Criterion

^aPsychol Med 18:203-9, 1988
^bPsychol Med 22:203-10, 1992

スライド21

総括

- HADS日本語版は、日本人がん患者の精神的苦痛の評価尺度として有用であると考えられた。
- がん患者の精神的苦痛の日本人と欧米人の比較から、感情の表出、コーピング様式などの相違が示唆された。
- 日本人がん患者の前向きなコーピング様式と抑うつ、不安などの精神的苦痛には負の関連が認められた。
- 日本人がん患者のコーピング様式は、アメリカ人よりもイギリス人に近いことが示唆された。精神的苦痛の比較には、コーピング様式の相違を加味する必要性が考えられた。