

非小細胞肺癌患者への医師のサポートと 心理的適応に関する臨床的研究

伊 藤 達 彦

東京慈恵会医科大学精神医学講座 (指導 : 牛島定信教授)

(受付 平成 15 年 6 月 11 日)

CLINICAL RESEARCH OF PHYSICIAN SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL RESPONSES AFTER SURGERY FOR PATIENTS WITH NON-SMALL-CELL LUNG CANCER

Tatsuhiko ITO

Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

Objective: This study investigated the effect of physician support on psychological responses, including psychological distress and coping (such as fighting spirit and helplessness/hopelessness) in patients with early-stage lung cancer.

Methods: After curative resection for non-small-cell lung cancer, 205 patients were enrolled in a longitudinal study. The extent of social support, including physician support, was measured 1 and 12 months after surgery. Psychological responses were measured with the Profile of Mood State and the Mental Adjustment to Cancer Scale. Univariate analysis and multivariate analysis were used to examine the effect of physician support on psychological responses.

Results: Multivariate analysis controlling for biomedical and psychosocial variables showed that physician support 1 month after surgery had significant effect on fighting spirit 12 months after surgery.

Conclusion: These results suggest the need for physician support in the initial period, even after curative resection, in patients with non-small-cell lung cancer and that the effect of physician support upon fighting spirit persists long term.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2003 ; 118 : 321-32)

Key words: social support, physician support, coping, psychological distress, non-small-cell lung cancer

I. 緒 言

肺癌は現在、国の内外を問わず最も一般的な悪性疾患の一つであり、がん関連死の中で非常に大きな割合を占め、日本においても同様である¹⁾。そのため、1980年代から肺癌、とくに予後の悪い進行非小細胞肺癌や小細胞肺癌の心理社会的側面に関する研究が広く行われてきた。しかし比較的予後の良好な早期の非小細胞肺癌の研究

は極めて少ないのが現状である²⁾³⁾。早期の非小細胞肺癌は治癒的切除が可能であることが多いものの、その予後はいまだ満足のものではない。術後の5年生存率は病期IAで79.0%、IBで59.7%、IIAで56.9%、IIBで45.0%と報告されている⁴⁾。よって、治癒的切除後も再発不安等の心理的負担を抱えていることが多く、また、社会復帰に苦しむ患者も少なくない。したがって、早期の非小細胞肺癌と言え、心理社会的側面について

検討しておくことは重要である。

がん医療は、欧米における 1960 年代からの「患者に何を伝えるべきか」という告知論争を経て、1970 年代後半より、診断や予後に関して真実を告げる医療 (Truth-telling practice) が確立されてきた。日本においても欧米と比較すると緩やかな速度ではあるが、患者の quality of life や自己決定権を尊重する風潮が高まり、情報開示を前提としたがん医療が受け入れられつつあるようである。そのため「患者に何を伝えるか」から「患者にいかん伝えるか」が医療技術として求められ、医師と患者がコミュニケーションなしにがん治療を進めることは困難になってきている。

がん患者において、抑うつ⁹⁾ や Helplessness/hopelessness⁶⁾⁷⁾, Fighting spirit⁷⁾⁸⁾ などのコーピングスタイルは quality of life に関わる重要な心理的反応と考えられている。コーピングとは個人の能力に負担となるか、あるいは能力を超えるとされる特定の内的ないし外的要求を処理するための絶えず変化する認知的かつ行動的な努力と定義される。コーピングのパターンは、性格的な因子が大きいと考えられがちであるが、実際は、周囲の状況等により変化しやすいことが知られている⁹⁾。先行研究において否定的な結果も存在するものの¹⁰⁾、肺がん患者において、抑うつと悲観的なコーピングは、医学的身体的予後因子に独立して生命予後を短くし¹¹⁾、逆に前向きなコーピングは予後を延長すると報告されている¹²⁾。しかしながら、多くの医師は患者の心理的負担にまで配慮が届いておらず、サポートが不足しているとの報告もある¹³⁾。

がん患者に対するソーシャルサポートも、quality of life や生命予後に影響する可能性が示され

ている¹⁴⁾。ソーシャルサポートとは個人やグループが、公式あるいは非公式の接触を通じて得られる快適さ、補助、情報などを意味する。実際、がん患者にとっては情緒的援助が最も有用な援助であるとされており¹⁵⁾、そのなかでもとくに、医師のサポートが患者の心理的反応に重要であるといわれている¹⁶⁾¹⁷⁾。

今回の研究は、術後早期の医師のサポートが、がん告知を受けた早期の非小細胞肺癌患者の心理的負担、コーピングを含む心理的反応に与える縦断的影響を調査するために行われた。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、国立がんセンター東病院呼吸器外科において新たに非小細胞肺癌の診断を受けた患者で、適格基準は (1) 病理診断にて非小細胞肺癌であり、治癒的切除が可能である (UICC における病期分類で pT1-3, pN0-1, pM0)¹⁸⁾、(2) 年齢 18 歳以上、(3) がんの告知を受けている、(4) 頭部 CT または頭部 MRI において脳腫瘍が認められない、(5) 身体状況が重篤でない者 (Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) による Performance Status (PS) 0-2) (Table 1)、(6) 研究への参加に関し文書により同意が得られた者、である。また、除外基準は (1) 現在、重篤な精神状態もしくは精神障害を有する者 (自殺念慮など)、(2) 研究の趣旨を理解することが困難な者 (痴呆、重度うつ病など)、(3) 他臓器に対する化学療法、放射線療法、免疫療法を 5 年以内に施行していた者、(4) 同時性、重複、多発がん症例、(5) 重篤な慢性疾患の治療を受けている者、である。

Table 1. Performance Status by Eastern Cooperative Oncology Group

Grade	Performance Status
0	Fully active, able to carry on all predisease performance without restriction.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work.
2	Ambulatory and capable of all self-care, but unable to carry out any work activities; up and more than 50% of waking hours.
3	Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.
4	Completely disable; cannot carry on any self-care; totally confined to bed or chair.

2. 方法

今回の研究は、国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得た後、対象患者に対し、研究の目的を十分に説明し、書面による同意を得て行われた。術後1カ月の時点で、手術術式、病理病期を診療録より調査し、性、年齢、教育年数、婚姻状況、同居者の有無、職業の有無などの社会的背景を質問紙および面接にて調査した。医師を含む患者へのサポートの評価は、術後1カ月および12カ月に施行した。術後12カ月の時点で、Performance Status、痛み、呼吸苦、肺機能(%VC, FEV1.0%)などの身体状況を調査し、心理的反応の評価として、DSM-III-Rによる構造化診断面接を行い、Profile of Mood State (POMS)、Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scaleを使用した。

1) サポートの評価

患者へのサポートは相談者の有無により評価した¹⁴⁾。対象患者に対し「がんの診断後、現在、がんについて誰かに相談したり、がんになって困ったことを誰かと話し合ったりしていますか?」という質問を行った。もしその「誰か」が存在した場合、そのカテゴリー（医師、配偶者、親、子、兄弟、友人、隣人、看護師、宗教家、その他）と合計人数も同時に調査した。その際、医師が含まれた場合、「医師のサポート有り」とした。ソーシャルサポートを評価する際、Abbeyら¹⁹⁾が提唱した言葉遣いがある。そこでは、あなたを頼り、あなたが言うことに耳を傾けてくれる“誰か”がいるかどうかを確認することを強調している。こうしたアプローチは“最も親しい人”についてたずねるほど直接的でもなく、“人生の上で重要な人々”を指摘するよりも明確である。この“誰か”という表現は、ソーシャルサポートと情緒的安心感との間に最も強力で一貫した関係をもたらしことが見出されている¹⁹⁾。他の研究の多くも同様に、この概念を用いている。最後に、その時点での相談者の状況に対してどの程度満足しているかを「非常に不満」(1点)から「非常に満足」(7点)までの7段階で評価した。乳がんの診断後および術後早期に相談者を持つ患者は、心理的負担が軽度であったという報告²⁰⁾、また、乳がんの術後3カ月の時点で相談者を持っていた患者で、そこに医療者が含まれた時、とくに予後が良かったという報告²¹⁾が

あり、患者にとって相談者の有無は心理的適応、治療結果の重要な因子と考えられている。今回の研究では、術後1カ月時点での医師のサポートが12カ月後の心理的反応に影響しているかを調査することに焦点を当てた。評価の信頼性を検討するため、参加者から無作為に24名(5.3%)を抽出し、二人の評価者が面接を施行したが、その一致率は1.00であった。主治医はすべて男性であった。

2) 感情状態の評価

感情状態の評価はProfile of Mood State (POMS)のTotal Mood Disturbance (TMD)を用いて行った。POMSは65項目(7項目のダミーを含む)の自己記入式評価尺度であり、不安、抑うつ、怒り、混乱、倦怠感、活気の6つの下位尺度から構成され、それぞれの項目に対し「全くなかった」(0点)から「非常に多くあった」(4点)までの5段階で評価する。TMDは全項目の合計得点(-32から200点)で、高得点が心理的負担の大きいことを示す。日本語版での信頼性および妥当性はすでに確かめられている²²⁾。

3) コーピングの評価

がんと取り組み方(コーピング)の評価はMental Adjustment to Cancer (MAC) Scaleにて行った。MAC Scaleは40項目の自己記入式評価尺度であり、Fighting spirit (16項目、16-64点)、Anxious preoccupation (9項目)、Fatalism (8項目)、Helplessness/hopelessness (6項目、6-24点)、Avoidance (1項目)の5つの下位尺度から構成され、それぞれの項目に対し「全く違う」(1点)から「全くその通りだ」(4点)までの4段階で評価する。MAC Scaleの日本語版での信頼性および妥当性も既に確かめられている²³⁾。今回の研究では、これらの下位尺度のうちFighting spiritとHelplessness/hopelessnessの2項目に焦点をあてた。Fighting spiritは最も有意義な心理適応と考えられ、高得点は前向きなコーピングの強さを示す。またHelplessness/hopelessnessは最も有害な心理反応と考えられ、高得点は後ろ向きなコーピング(絶望的態度)の強さを示す。Fighting spiritとHelplessness/hopelessnessは以下のように記述されている²⁴⁾。

In fighting spirit, the patient sees the diagnosis as a challenge, has an optimistic view

of the future, believe it is possible to exert some control over the illness, and manifests confrontative coping responses. In helplessness/hopelessness, the illness is seen as a loss and the patient regards the prognosis as an inevitable, negative outcome, thinks that it is impossible to exert any control over the illness, and manifests no active strategies for fighting the illness.

3. 統計学的解析

名義独立変数と順序従属変数の比較にMann-Whitney *U*-検定を用い、順序変数同士の比較にはSpearmanの順位相関を用いた。術後1カ月での医師のサポートと術後12カ月の心理的反応の交絡因子を調整するために、単変量解析において、術後12カ月でのPOMS-TMD, Fighting spirit, Helplessness/hopelessness いずれかの得点に有意 ($p < 0.05$) に影響していた患者の医学的・社会的背景および身体状況, サポート状況を, それぞれの相関係数が0.4未満であった場合, 重回帰モデルへ投入した。

すべての統計は p 値が0.05未満で有意差ありとした。また, すべての統計解析には, 統計パッケージ(SPSS 10.0J for Windows)を使用した。

III. 結 果

1. 対 象

対象をFig. 1に示した。1996年6月から1999年4月までに303例の非小細胞肺癌患者に外科的切除術が施行され, そのうち病理診断にて治癒的切除が可能であったのは262例(86.5%)であった。262例のうち, 17例が身体的・心理的負担にて拒否し, 3例が連絡不可能となり, 3例が理由不明にて脱落し, 合計239例(91.2%)の適格基準を満たした症例が研究への参加を了承した。術後3カ月では2例が死亡, 5例が身体的・心理的負担にて拒否, 1例が時間的問題で拒否, 1例が理由不明で拒否し, 2例が連絡不可能となり, 4例がうつ病の診断にて精神科へ紹介された。術後12カ月で7例が死亡, 3例が身体状況の悪化で参加不可能となり, 1例が理由不明で拒否し, 5例が連絡不可能となり, 2例がうつ病の診断にて精神科へ紹介され, 1例が質問の回答に欠損値が存在した。最終的

に57例が脱落し, 適格症例の78.2%にあたる205例が解析対象となった。脱落群($n=57$, 21.8%)と最終参加者との間に, 年齢, 性, 教育年数, 婚姻状況, 職業の有無, 病理病期に統計学的有意差は認められなかったが, 脱落群において, 未婚者(脱落群の31.8%, 参加者の15.6%, $p < 0.05$)と無職者(脱落群の70.2%, 参加者の53.2%, $p < 0.05$)が有意に多く, 進行病期(Stage IIIA: 脱落群の26.3%, 参加者の6.3%, $p < 0.05$)が多かった。また, 女性は有意に無職者が多かった(男性の45.5%, 女性の64.6%, $p < 0.05$)。

2. 対象の特性と心理的反応

対象の医学的・社会的背景と術後12カ月の心理的反応の関係をTable 2に示した。平均年齢±標準偏差は61.9±10.9歳(22-83歳)で, 82例(40%)が女性, 173例(84%)が既婚者, 13例(6%)が単身生活者であった。68例(31%)が中学校卒業以下で, 196例(95.6%)が肺葉切除術を施行され, 9例(4.4%)が肺全摘術を施行された。病理病期はStage Iが161例(78.5%), Stage IIが31例(15.1%), Stage IIIAが13例(6.3%)であった。性, 術式, うつ病の既往がPOMS-TMD得点と有意に関連しており, 病理病期がHelplessness/hopelessnessと有意に関連していた。

術後12カ月の時点で心理的反応に影響を与える可能性のある身体状況, ソーシャルサポート(相談者の人数およびその満足度), うつ病の有無とPOMS-TMD, Helplessness/hopelessness, Fighting spiritの関係をTable 3に示した。145例(71%)がPerformance status 0で, 31例(15%)が中等度から重度の痛みを抱え, 29例(14%)が中等度から重度の呼吸苦を有していた。平均相談者数±標準偏差は3.8±5.7人, その満足度は6.1±1.2(1; 非常に不満, 7; 非常に満足)で多くの参加者は満足度が高かった。うつ病の有病率は4.4%であった。Performance statusと術後12カ月の時点でのうつ病がPOMS-TMD得点とHelplessness/hopelessness得点に有意に関連しており, 相談者の人数がHelplessness/hopelessness, Fighting spirit得点に有意に関連していた。相談者への満足度はすべての得点に有意に関連していた。術後12カ月の時点での相談者のカテゴリーとそれぞれの得点との関連を単変量解析した

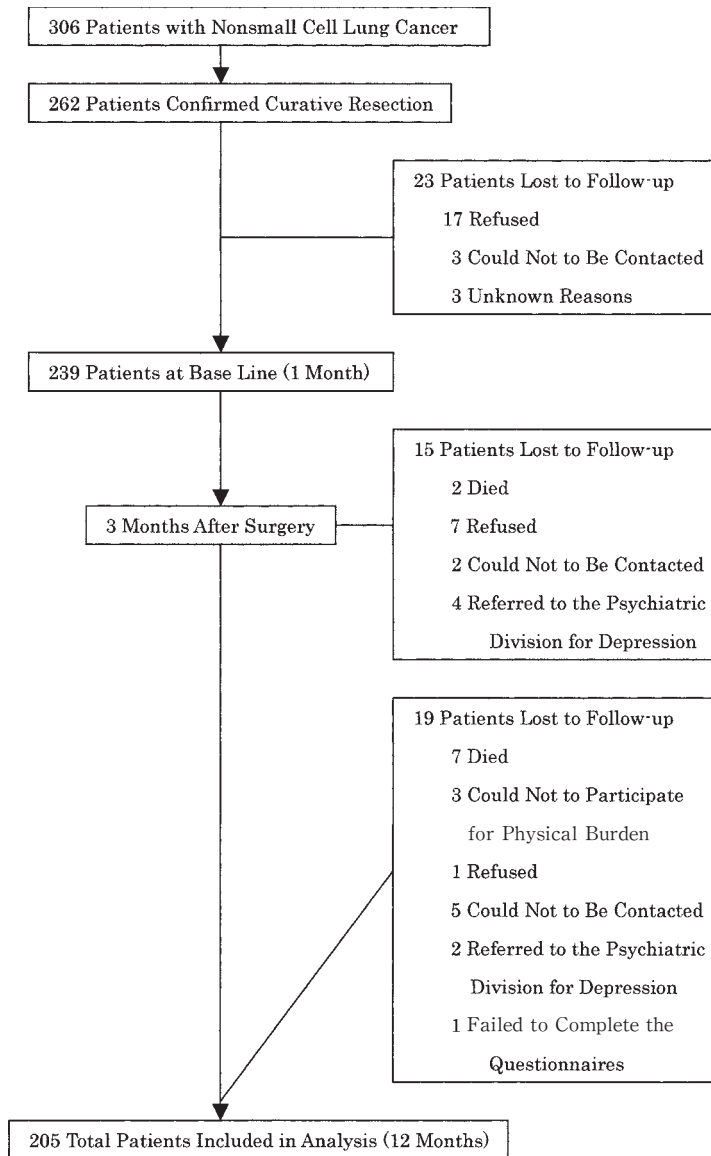


Fig. 1. Patients in the Study.

が、子供が相談者であった場合において有意に Fighting spirit が高く Helplessness/hopelessness が低かった。医師を相談者とした者は 37 例 (18%) であったが、医師を含め、その他の相談者と心理的反応との間に有意な関連は認めなかった。

3. 医師のサポートと心理的反応

単変量解析の結果を Table 4 に示した。術後 1 カ月の時点でほとんどの症例 (174 例, 84.9%) が相談者を有し、そのうち医師を相談者とした者が

50 例 (24.4%) であった。医師を相談者とした者は女性に比し男性が多く (男性の 31.7%, 女性の 13.4%, $p < 0.05$), 有職者が無職者に比し多かった (有職者の 31.3%, 無職者の 18.3%, $p < 0.05$)。その他、年齢、教育年数、婚姻状況、病理病期で両群間に統計学的有意差は認められなかった。単変量解析においては、術後 1 カ月での医師のサポートと術後 12 カ月の心理的反応に統計学的有意差は認められなかった。

重回帰分析の結果を Table 5, 6, 7 に示した。術

Table 2. Demographic and Clinical Characteristics and Psychological Responses at 12 Months after Surgery for Patients with Nonsmall Cell Lung Cancer ($n=205$)

Characteristics	No.	POMS-TMD score (mean±SD)	Helplessness/hopelessness score (mean±SD)	Fighting spirit score (mean±SD)
Age (yrs)				
≤65	117	21.1±26.3	8.6±2.9	49.9±6.2
>65	88	14.1±19.7	9.1±3.3	50.2±7.9
Gender				
Female	82	21.2±19.8 ^a	8.8±2.8	50.7±6.4
Male	123	16.1±26.1	8.7±3.3	49.6±7.3
Education				
≤9	68	20.7±27.8	9.3±3.8	49.3±7.5
>9	137	16.9±21.7	8.5±2.7	50.4±6.7
Married				
No	32	21.4±22.0	9.8±4.1	49.1±7.4
Yes	173	17.5±24.2	8.6±2.8	50.2±6.9
Living alone				
No	192	18.1±24.0	8.7±3.0	49.9±7.1
Yes	13	18.5±23.3	9.3±4.1	52.4±5.7
Working outside the home				
No	109	18.2±22.8	9.1±3.3	50.3±7.5
Yes	96	18.0±25.2	8.4±2.8	49.7±6.3
Types of surgery				
Lobectomy	196	18.8±24.1 ^a	8.8±3.1	49.9±7.0
Pneumonectomy	9	4.4±11.7	9.0±3.9	51.8±6.5
Pathologic disease stage				
I	162	$r=0.020$	$r=0.229^b$	$r=-0.039$
II	30			
IIIA	13			
History of depression before lung cancer				
No	176	16.8±24.2 ^a	8.7±3.1	49.8±7.1
Yes	29	26.1±26.1	9.1±3.0	51.2±6.0

SD: Standard Deviation; POMS-TMD: Profile of Mood State-Total Mood Disturbance.

^a $p<0.05$

^b $p<0.01$

術後12カ月時点での心理的反応に対する、医学的・身体的要因と心理社会的要因を調整するために、性、職業の有無、術式、病理病期、うつ病の既往、術後12カ月のPerformance status、相談者の数、満足度、術後12カ月の時点でのうつ病を共変量とし、重回帰モデルへ投入した。その結果、術後1カ月時点での医師のサポートは術後12カ月のFighting spiritの高得点に有意に関連していた。しかし、POMS-TMD得点およびHelplessness/

hopelessness得点に有意な関連は認められなかった。術後1カ月時点での相談者のカテゴリー別に同様の解析を施行したが、有意な関連を示すものはなかった。

IV. 考 察

今回の研究は筆者の知る限り、非小細胞肺癌患者の治癒的切除術後の心理的適応を、医師のサポートの有無に焦点をあて、1年間縦断的に調査

Table 3. Clinical Characteristics and Social Support and Psychological Responses at 12 Months after Surgery for Patients with Nonsmall Cell Lung Cancer : Univariate Analyses ($n=205$)

Variables	No.	POMS-TMD score (mean±SD)	Helplessness/hopelessness score (mean±SD)	Fighting spirit score (mean±SD)
Physical				
%VC at 12 mo				
<80	55	18.0±23.4	9.5±3.5	49.7±7.7
≥80	129	18.3±25.3	8.5±2.9	50.3±6.9
FEV1% at 12 mo				
<70	55	15.2±26.1	9.3±4.1	51.1±8.3
≥70	129	19.5±24.0	8.6±2.6	49.7±6.5
PS at 12 mo				
0	145	16.1±23.1 ^a	8.5±2.9 ^a	50.3±6.8
1-3	60	23.0±25.2	9.4±3.5	49.2±7.5
Pain at 12 mo				
None-mild	174	17.4±22.3	8.7±2.9	50.2±6.6
Moderate-severe	31	21.9±31.4	9.5±3.9	49.2±8.8
Dyspnea at 12 mo				
None-mild	176	18.1±24.6	8.7±3.0	50.0±7.0
Moderate-severe	29	17.7±19.0	9.3±3.6	49.8±7.1
Social Support				
No. of confidants at 12 mo		$r = -0.235^b$	$r = 0.231^b$	
Satisfaction with confidants at 12 mo ^e		$r = -0.303^b$	$r = -0.282^b$	$r = 0.149^a$
Psychological				
Depression at 12 mo				
No	196	16.0±21.3 ^b	8.6±2.8 ^a	50.0±7.1
Yes	9	64.6±30.8	13.6±5.0	51.2±5.3

SD: Standard Deviation; PS: Performance Status by Eastern Cooperative Oncology Group; VC: vital capacity; FEV: forced expiratory volume; POMS-TMD: Profile of Mood State-Total Mood Disturbance.

^a $p < 0.05$

^b $p < 0.01$

^cThe mean value±SD of depression yes.

^dThe mean value±SD of depression No.

^eCoded as 1, very dissatisfied to 7, very satisfied.

した初めての報告である。その結果、術後1カ月時点での医師のサポートが他の医学的身体的要因に独立して Fighting spirit に対し長期的な影響をもち、術後12カ月時点での高得点に有意に関連していた。過去の横断研究においては、医師のサポートが Fighting spirit に有意に関連していたと報告されている¹⁶⁾。また、Uchitomiらは、肺がん術後1カ月時点での相談者のうち、医師のサポートのみが術後3カ月の Fighting spirit の高

得点を予測したと報告している³⁾。Slevinらも医師の心理的サポートはがん患者をサポートするうえで最も重要な因子であるとしている¹⁷⁾。今回の結果も、それらの結果を支持するものであった。

最近では医師と患者の良好なコミュニケーションが医療訴訟を減らすという研究結果や、患者の治療成績が向上するという結果を受けて、医師-患者関係にも関心が寄せられている。欧米を中心に、より良き医師-患者関係を築くため、患者は

Table 4. Physician Support at 1 Month and Psychological Responses at 12 Months after Surgery for Patients with Nonsmall Cell Lung Cancer : Univariate Analyses ($n=205$)

	No.	POMS-TMD score (mean±SD)	Helplessness/hopelessness score (mean±SD)	Fighting spirit score (mean±SD)
Physician as confidant at 1mo				
No	155	19.4±24.6	8.9±3.1	49.5±7.2
Yes	50	14.2±21.1	8.6±3.0	51.6±6.3

SD : standard deviation ; POMS-TMD : Profile of Mood State- Total Mood Disturbance.

^a $p < 0.05$

^b $p < 0.01$

Table 5. Predictors of POMS-TMD Scores at 12 Months after Surgery for Nonsmall Cell Lung Cancer : Multiple Regression Analysis ($n=205$)

Variables	Coefficient	Standardized Coefficient	t	p
Physician as confidant at 1 mo	-5.36	-0.10	-1.50	0.14
Gender	4.09	0.08	1.24	0.22
Employment status	3.35	0.07	1.09	0.28
Types of surgery	-11.44	-0.10	-1.55	0.12
Pathologic disease stage	1.14	0.03	0.42	0.67
Depression before lung cancer	2.94	0.04	0.66	0.51
PS at 12 mo	5.78	0.12	1.85	0.07
No. of confidants at 12 mo	-8.82	-0.02	-0.33	0.75
Satisfaction with confidants at 12 mo	-4.44	-0.22	-3.26	0.001
Depression at 12 mo	38.00	0.33	5.04	0.001
	Multiple $R=0.52$	Multiple $R^2=0.27$	Adjusted $R^2=0.23$	

POMS-TMD : Profile of Mood State-Total Mood Disturbance ; PS : Performance Status by Eastern Cooperative Oncology Group.

医師に対して何を求めているのかということから始まり、コミュニケーションの向上を目的としたコミュニケーション技術訓練が開発され、その必要性が認識され、実行され始めている²⁵⁾²⁶⁾。日本における研究は少ないのが現状であるが、Ishikawaらは140人のがん患者と12人の医師との関係をRoter Interaction Analysis Systemにて検討し、医師が診察時にOpen-ended questionを多く使用した際には患者の満足度が高まり、逆に一方的な導き、激励は満足度を低下させると報告している²⁷⁾。このような視点がより良いサポートを提供するために重要であると考えられる。

しかし、今回の結果において術後1カ月の医師のサポートは術後12カ月のHelplessness/hope-

lessnessおよびPOMS-TMDには有意な関連は示さなかった。心理社会的介入に関する先行研究では治癒的切除術を受けた非小細胞肺癌患者に対する報告は存在しないものの、進行肺癌患者に対して術前に施行した再発不安に対する対処法や疾患に対する情報を得ることを促した教育的、認知的介入がHelplessness/hopelessnessを改善したと報告されている²⁸⁾。また、日本において施行された乳がん患者に対する認知行動療法的集団療法の無作為比較臨床試験において、介入後6週間と6カ月後で介入群は非介入群に比し有意にPOMS-TMDが低く、Fighting spiritが高かったと報告されている²⁹⁾。今回の研究は日常臨床のなかで施行された調査であり、構造化された介入と

Table 6. Predictors of Helplessness/hopelessness Scores (MAC Scale) at 12 Months after Surgery for Non-small Cell Lung Cancer: Multiple Regression Analysis ($n=205$)

Variables	Coefficient	Standardized Coefficient	<i>t</i>	<i>p</i>
Physician as confidant at 1 mo	-0.24	-0.03	-0.49	0.63
Gender	0.29	0.05	0.65	0.52
Employment status	-0.50	-0.08	-1.21	0.23
Types of surgery	0.41	0.03	0.41	0.68
Pathologic disease stage	0.88	0.16	2.42	0.02
Depression before lung cancer	-0.21	-0.02	-0.35	0.73
PS at 12 mo	0.51	0.08	1.21	0.23
No. of confidants at 12 mo	-5.30	-0.10	-1.44	0.15
Satisfaction with confidants at 12 mo	-0.43	-0.18	-2.36	0.02
Depression at 12 mo	4.07	0.27	4.00	0.001
	Multiple $R=0.45$	Multiple $R^2=0.20$	Adjusted $R^2=0.16$	

PS: Performance Status by Eastern Cooperative Oncology Group; MAC Scale: Mental Adjustment to Cancer Scale.

Table 7. Predictors of Fighting Spirit Scores (MAC Scale) at 12 Months after Surgery for Non-small Cell Lung Cancer: Multiple Regression Analysis ($n=205$)

Variables	Coefficient	Standardized Coefficient	<i>t</i>	<i>p</i>
Physician as confidant at 1 mo	2.50	0.16	2.14	0.03
Gender	0.74	0.05	0.68	0.50
Employment status	-0.96	-0.07	-0.95	0.35
Types of surgery	2.20	0.07	0.91	0.37
Pathologic disease stage	4.46	0.01	0.01	1.00
Depression before lung cancer	1.49	0.07	1.02	0.31
PS at 12 mo	-1.02	-0.07	-0.99	0.32
No. of confidants at 12 mo	9.32	0.08	1.05	0.30
Satisfaction with confidants at 12 mo	1.04	0.17	2.32	0.02
Depression at 12 mo	2.96	0.09	1.20	0.23
	Multiple $R=0.29$	Multiple $R^2=0.084$	Adjusted $R^2=0.042$	

PS: Performance Status by Eastern Cooperative Oncology Group; MAC Scale: Mental Adjustment to Cancer Scale.

比較すると当然のことながら、サポートが質および量的に不足している可能性は高く、そのため Helplessness/hopelessness および POMS-TMD には有意な関連は示さなかった可能性が高い。

また、術後 12 カ月の横断面ではあるが、心理社会的要因である相談者への満足度が Fighting spirit の高得点、Helplessness/hopelessness および POMS-TMD の低得点に関連していたことは過去の研究結果を支持するものであった³⁾。これまでの研究では心理的反応に影響する医学的身体的背景として、Performance status が最も重要な

要因の一つであるとする報告が多い⁶⁾³⁰⁾。今回、医学的背景では唯一、進行病期が Helplessness/hopelessness の高得点に関連しており、術式、Performance status、痛み、呼吸苦その他の医学的身体的要因は関連が認められなかった。これらの結果は、治癒的切除術を受けた非小細胞肺癌患者の心理的適応にとって医学的身体的要因に比し、ソーシャルサポートがいかに重要であるかを示す結果であった。

しかし、一つの疑問は、術後 12 カ月の横断面において、医師のサポートはすべての心理的反応に

対して統計学的に有意な関連は認められなかったことである。205 例中 37 例が術後 12 カ月の時点で医師を相談者としたが、これには対象の術後経過による影響が考えられる。今回の研究対象は治癒的切除術を施行された患者であり、術後 1 カ月の時点では、他のがん患者同様、検査、診断の告知、手術と非常に強い心理的負担にさらされ、患者の生活、時間の多くが医療的な問題に費やされており、医療の専門家、すなわち医師のサポートが非常に重要であると考えられる。それに対し術後 12 カ月の時点では、依然活力の減退、再発不安等の問題があるといわれるものの³¹⁾、徐々に社会復帰し、通院の間隔も延び、医師のサポートの必要性が減弱した可能性が考えられる。その証拠に術後 12 カ月の横断面では、単変量解析において、子供を相談者を持つ者が有意に Fighting spirit が高く Helplessness/hopelessness が低いという結果で、ソーシャルサポートネットワークの重みに変化が起こっていた。よって、医師のサポートは、診断から手術、術後早期にとくに重みがあることからすれば、その間の集中的ケアを通して良い信頼関係を築き、良き適応への橋渡しをする役割が求められるということではないだろうか。

もう一方、術後 1 カ月の時点で医師を相談者としたものが女性で有意に少なかった点も疑問である。一般に、女性は男性に比しソーシャルサポートネットワークを多く持ち、より親密な関係を持つといわれる。また、がんサポートグループでの話題として女性は、いかにしてこの状況を切り抜けるかという内容が多く、個人的な経験を共有し励ましあうことを求めるが、男性は疾患や治療に関する話題が多く、教育的なサポートを求める傾向があるといわれる³²⁾。このことから女性と男性では“相談”という概念に差があり、男性は医療的情報が得られれば医師を相談者と捉えられるのに対し、女性では情緒的サポートがあり、より親密でないと相談者と捉えない場合も多いと考えられる。今回の治療場面では調査されていないが、一般外来においては情報提供が主だった可能性は高い。また、医師がすべて男性であったことも影響していた可能性はある。今後、女性医師に対する患者の反応も検討する必要があると考える。ただし、肺がん女性患者が男性医師を相談者と捉えに

くいことは認識しておく必要がある。無職者も有意に少なかったが、結果に示したとおり女性に無職者が多いことが影響したものと考えられた。

最後に、今回の研究の限界について述べておく。第 1 に、調査が一つのがん専門施設で行われ、サンプルサイズも小さいため、日本の非小細胞がん患者への一般化は困難である。第 2 に、医師のサポートの存在は患者が医師を相談者と捉えているか否かの二変数だけであり、質および量の評価が不十分ということである。患者が医師のサポートを必要と感じていない場合も存在する可能性がある。第 3 に、医師のサポートに対する満足度を評価していないことである。今回はサポートすべてに対する満足度のみを調査している。これらに関してはより詳細な検討が望まれ、今後の課題としたい。

V. 結 語

今回の研究結果より、治癒的切除術を受けた早期の非小細胞肺癌患者において、術後早期の医師のサポートは患者の Fighting spirit に対し重要であり、その存在は長期的に有意な影響をもつことが示唆された。今後、治療技術の進歩に伴い生存率の上昇が見込まれ、がん罹患後の長期生存者数は増加すると考えられるが、今回の対象も含め、長期的な医療的関わりとサポートは重要である。今後はいかにして患者の相談者となりサポートをするかという方法論を含めた更なる研究が必要であり、心理療法またはコミュニケーション技術の訓練を受けた医師による無作為比較臨床試験等がこれらの結果を確認するために必要であると考える。

稿を終えるにあたり、ご指導、ご校閲を賜りました精神医学講座牛島定信教授に深甚なる謝意を表します。本研究実施にあたりご支援いただきました笠原洋勇教授に深謝いたします。また、直接御指導いただきました国立がんセンター東病院研究所支所精神腫瘍学研究部内富庸介先生、明智龍男先生に心から感謝申し上げます。

尚、本稿の要旨は第 28 回成医会柏支部例会にて発表した。

文 献

- 1) Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimate of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 80: 827-41.
- 2) Dales RE, Belanger R, Shamji FM, Leech J, Crepeau A, Sachs HJ. Quality-of-life following thoracotomy for lung cancer. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 1443-9.
- 3) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, Nakano T, Okuyama T, Akechi T, et al. Physician support and patient psychologic responses after surgery for non small cell lung carcinoma. *Cancer* 2001; 92: 1926-35.
- 4) Naruke T, Tsuchiya R, Kondo H, Asamura H. Prognosis and survival after resection bronchogenic carcinoma based on the 1997 TNM-staging classification: the Japanese experience. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 1759-64.
- 5) Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychologic distress after initial treatment of breast cancer: assessment of potential risk factors. *Cancer* 1992; 70: 120-5.
- 6) Akehchi T, Kugaya A, Okamura H, Nishikawa Y, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer* 1998; 6: 281-6.
- 7) Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991; 21: 51-7.
- 8) Lympic C, Wennberg A, Schill JE, Glimelius B, Brodin O, Sjoden PO. Coping, psychological well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol* 1994; 33: 887-94.
- 9) Weisman AD, Sobel HJ. Coping with cancer through self instruction: a hypothesis. *J Human Stress* 1979; 5: 3-8.
- 10) Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331-6.
- 11) Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 756-62.
- 12) Faller H, Bulzebruck H. Coping and survival in lung cancer: 10-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2105-7.
- 13) Maguire P, Booth K, Elliot C, Jones B. Helping health professional involved in cancer care acquire key interviewing skills—the impact of workshops. *Eur J Cancer* 1996; 32: 1486-9.
- 14) Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer* 1995; 76: 631-7.
- 15) Dunkel SC. Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *J Soc Issues* 1984; 40: 77-98.
- 16) Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *Br J Cancer* 1998; 77: 2381-5.
- 17) Slevin ML, Nichols SE, Downer SM, Wilson P, Lister TA, Arnott S, et al. Emotional support for cancer patients: what do patients really want? *Br J Cancer* 1996; 74: 1275-9.
- 18) Mountain CF. A new international staging system for lung cancer. *Chest* 1986; 89 (Suppl 1): 225-33.
- 19) Abbey A, Abramis D, Caplan R. Measuring social support: the effects of frame of reference on the relationship between social support and strain. *American Psychological Association Conference: Los Angeles*; 1981.
- 20) Maguire P. Psychiatric morbidity associated with mastectomy. *Experientia* 1982; 41 (Suppl 1): 373-80.
- 21) Munsell E, Brisson J, Deschenes L. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer* 1995; 76: 631-7.
- 22) 横山和仁, 荒記俊一, 川上憲人, 竹下達也. POMS (感情プロフィール検査) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本公衆衛生誌* 1990; 37: 913-8.
- 23) 明智龍男, 久賀谷亮, 岡村 仁, 三上一郎, 西脇裕, 福江真由美 ほか. Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* 1997; 12(9): 1065-71.
- 24) Moorey S, Greer S. Psychological therapy for patients with cancer: a new approach. London: Heinemann; 1989.
- 25) Parker PA, Baile WF, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communica-

- tion. *J Clin Oncol* 2001 ; 19 : 2049-56.
Cancer 1995 ; 76 : 631-7.
- 26) Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Glober GA, Myers EG, Greisinger AJ, et al. Communication skill training in oncology: description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reaction to illness. *Cancer* 1999 ; 86 : 887-97.
- 27) Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Seki Y, Katsumata N. Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. *Soc Sci Med* 2002 ; 55 : 301-11.
- 28) Greer S, Moorey S, Baruch JDR, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *BMJ* 1992 ; 304 : 675-80.
- 29) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast cancer: a randomized control trial. *Cancer* 2000 ; 89 : 1026-36.
- 30) Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silberfalb PM, Tross S, Feldstein M, et al. The relationship of psychological distress, extent of disease, and performance status in patients with lung cancer. *Cancer* 1987 ; 60 : 1661-7.
- 31) Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group. Psychological response to mastectomy. *Cancer* 1987 ; 59 : 189-96.
- 32) Volkens N. In coping with cancer, gender matters. *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 1712-4.