

## Thesis

埼玉医科大学国際医療センターにおける精神腫瘍科併診がん患者の  
精神医学的診断, および診断予測要因の探索研究

国際医療センター 精神腫瘍科

多田 幸雄

【背景】がん医療における精神心理的な問題の解決は患者のQOLを改善するために欠かせない。精神心理的な問題を抱えた患者の診療は、併診の形で行われるが、併診患者の精神医学的問題に関する研究は少なく、診断を予測する要因の探索は行われていない。がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無を予測する背景要因が把握できれば、身体科医師に啓発することで、精神科併診につながりやすくなることが期待される。

【方法】埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科に紹介されたがん患者の医療記録を、後方視的に調査した。患者の背景と紹介時の依頼項目が、がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無をどの程度予測できるかについて、多変量解析を用いてデータ分析を行った。第1段階として、各変数ごとに精神疾患の有無との関連を検討し、有意な関連を有する変数があった場合に、第2段階として、それらの変数を投入してロジスティック回帰分析を行うこととした。

【結果】研究の期間、765人のがん患者が紹介された。最も多い依頼項目は不安(30%)で、抑うつ(18%)、不穏(13%)と続いた。最も多い精神科診断は適応障害(24%)で、せん妄(16%)、大うつ病性障害(12%)と続いた。単変量解析では、年齢、設定、PS、原発部位としての乳腺、依頼理由としての不安、不穏の6項目で、精神疾患の有無に有意差が認められた。これら6項目を独立変数として多変量解析を行ったところ、すべての変数が精神疾患の有無と有意に関連しており、予測要因として明らかになった。また、依頼理由と精神疾患との関連を検討したところ、不眠も注意すべき症状である可能性が示唆された。

【結論】本研究より、精神科併診がん患者において精神疾患の有無を予測する要因が明らかになり、身体科医師によるスクリーニングにより精神科併診につながる可能性が示唆された。ただし依頼内容と診断が直結するわけではないので、精神医学的な診断には慎重な検討が必要である。

## 緒言

がん罹患することは、人生における予期せぬ重大な出来事であり、身体面の問題が大きく捉えられがちであるが、その他にも社会、心理、そして実存面の問題も生じる。これらの問題は一つ一つがストレスとなるので、ストレスの程度、本人の病前性格などによってはストレス性の精神疾患の原因となりうる。治療経過中がん患者の調査によると約半数に精神科診断が付き、適応障害とうつ病が多い<sup>1)</sup>ことが、そのことを裏付けている。また、終末期になるとせん妄の比率が高くなる<sup>2)</sup>。

がん治療中に精神疾患に罹患すると精神症状に

苦しむのみならず<sup>3)</sup>、適切な意思決定障害<sup>4)</sup>、自殺率上昇<sup>5,6)</sup>、家族の苦痛<sup>7)</sup>などに関連し、これらの結果としてQOLが低下する。そのため、患者のQOLを保つために適切な介入が欠かせない。これらの問題に対する実践と研究をおこなっているのがサイコオンコロジー(精神腫瘍学)である。サイコオンコロジーでは、心理学、精神医学のみならず、腫瘍学、免疫学、内分泌学、社会学、倫理学、哲学など多くの学問領域から成り立ち、科学的手法を駆使してがんの人間学的側面を明らかにすることを目的としている。

わが国のサイコオンコロジーは1986年に学会が成立して以来、徐々に広まっていたが、2007年4月よりがん対策基本法が施行され、5年生存率の20%改善とがん患者・家族のQOL向上が2大目標となり、さらに注目されるようになってきている。サイコオンコロジーの

臨床活動は、入院および外来設定において、身体科医師から紹介を受けた患者の診察、つまりコンサルテーション・リエゾン活動の形式をとることが多い。

精神科コンサルテーション・リエゾン活動に関する先行研究によると、アメリカで行われた研究では、精神疾患として適応障害、うつ病、せん妄が三大疾患であった<sup>8)</sup>。その後の研究でも同様の結果が得られている<sup>3,9,10)</sup>。しかしながら、いずれの報告においても、その内容は精神科医による診断にとどまり、診断を予測する患者背景要因の検討はなされていない(表1)。がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無を予測する背景要因が把握できれば、身体科医師に啓発することで、精神科併診につながりやすくなることが期待される。

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科に併診のあった756人のがん患者に関し、精神医学的な診断構成についてはすでに言及した<sup>11)</sup>。このような大規模な調査は、我々の知る限り上記の計3編の論文のみであり<sup>8-10)</sup>、調査の意義は大きい。しかしながら、臨床統計に留まっていた部分もあり、それだけでは十分な知見を提供したとは言い難い。そこで、先の論文を基礎的研究とし、そこから更なる知見を得るため、一部データを追加した上で、多変量解析を用いて再分析を行った。

上記を踏まえ、本論文の目的としては当院の精神腫瘍科に紹介されたがん患者において、①精神科診断を調査し、②がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無を予測する背景要因について検討することにした。

## 対象と方法

### 調査対象

データベースが構築された2008年4月から2011年3月にかけて埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科に紹介された患者のうち、全てのがん患者を対象とした。

### 精神腫瘍科の診療体制

ここで、精神腫瘍科の診療体制について述べる。精神腫瘍科は埼玉医大国際医療センター包括的がんセンター内に設置されている。診察の形式は主担当科からの併診を主な形式として採用している。これは、担当医が患者に精神的な問題がありと判断した時、患者本人の許可を得て、主治医が紹介状(併診状)を書き、精神腫瘍科に診察を依頼するといった行程を経て診療となる形式である。なお、この形式は、わが国および諸外国で採用されている一般的な方法である。

### 患者背景データについて

調査は、精神腫瘍科併診患者の診療録を、後方視的に調査した。患者データから抽出された項目は、患者背景(年齢、性別、原発部位、病期、Performance Status(表2))、外来入院の設定、併診時の依頼理由と初診時のDSM-IV-TR<sup>12)</sup>による精神科診断であった。病期については、併診時の病期であるため、院内がん登録からの抽出は適当ではなく、診療録から治療終了後に同じ原発のがんが判明したものを再発、再発以外でstage1+2と判断したものをA段階、stage3+4と判断したものをB段階と定義し、判断が困難なものは不明とした。原発部位は、乳腺、消化器(食道・胃・結腸・直腸・膵臓・胆嚢・胆管)、婦人科系(子宮・卵巣)、頭頸部・甲状腺、呼吸器(肺・胸膜)、リンパ腫・白血病、泌尿器(腎臓・前立腺・膀胱)を特定した。重複がん患者が6人いたが、主に問題となっている原発部位を特定した。外来入院の設定は、併診時の患者の状況によって分類した。依頼理由は主治医の記載した併診状から抽出し、先行研究<sup>3,8,10)</sup>を参考に、抑うつ、不安、不眠、不穏、身体症状、精神疾患の既往、検査、その他に分類し、項目が2つ以上に及んだ場合は、主と考えられる項目を採用した。精神科診断が2つ以上に及んだ場合は、主に問題となっている診断を採用した。

本研究における「精神疾患あり」とは、がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患である適応障害、うつ病、せん妄、不安障害、身体表現性障害と定義した。「精神疾患なし」とは、がん罹患後に発症もしくは増悪

表1. 併診がん患者の精神科診断に関する研究論文

著者	依頼理由	依頼理由と診断の関連検討	雑誌	発行年度
Grassi et al.	現在の精神症状、治療遵守の問題、精神疾患の既往	無	Eur J Cancer	2000
Akechi et al.	精神医学的評価、睡眠障害、不安、抑うつ、焦燥、奇妙な行動	無	JJCO	2001
Massie & Holland	抑うつ、器質性精神疾患、不安	無	Psychiat Med	1987

表 2. Performance Status(PS)

0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

しないその他の精神疾患(例：統合失調症，認知症)および診断なしと定義した。

#### 統計解析について

がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無に関し、各変数との関連を単変量解析により検討した。連続変数である年齢とPSについては、t検定を用いて関連を検討した。また、カテゴリー変数については、以下の項目の二分割と精神疾患の有無によるクロス表を作成し関連を検討した。つまり、性別(男=0, 女=1), 設定(外来=0, 入院=1), 病期についてA段階(なし=0, あり=1), B段階(なし=0, あり=1), 再発(なし=0, あり=1), 原発部位について消化器(なし=0, あり=1), 乳腺(なし=0, あり=1), 呼吸器(なし=0, あり=1), 頭頸部・甲状腺(なし=0, あり=1), 婦人科系(なし=0, あり=1), 泌尿器(なし=0, あり=1), リンパ腫・白血病(なし=0, あり=1), 依頼理由については、不安(なし=0, あり=1), 抑うつ(なし=0, あり=1), 不穏(なし=0, あり=1), 不眠(なし=0, あり=1)とし、カイ二乗検定を用いて関連を検討した。

次に、多変量解析を行った。がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無に関連する要因を特定するため、多重ロジスティック回帰分析を用いた。目的変数には精神疾患の有無(なし=0, あり=1)を用いた。説明変数には、単変量解析において、精神疾患の有無と有意な関連が見られた変数のみを用いた<sup>13)</sup>。多重ロジスティック回帰分析の説明変数の投入には、変数減少法を使用した。変数減少法での変数の除外基準として、 $p \geq 0.10$ となった変数を除外することとし、除外基準に該当する変数が存在しなくなるまで多重ロジスティック回帰分析を繰り返した。最終的に特定された有意な関連要因について、オッズ比と95%信頼区間を求め、精神疾患の有無に対する説明変数の影響の強さを検討した。なお、独立変数の多重共線性について問題のないことも確認した。

単変量解析、および多変量解析で使用した検定には両側検定を用いた。単変量および多変量解析に

おいては、両側検定で有意水準を0.05とした。ただし、単変量解析時に検定が重複する可能性のあった原発部位と依頼理由に関しては、多変量解析のための変数選択の際の有意水準を0.01とした。全ての統計解析はIBM SPSS version 21(日本IBM, 東京)を使用した。

また、本研究は、埼玉医科大学国際医療センターのIRB(11-026)によって承認された。

#### 結 果

##### 精神腫瘍科に併診依頼のあった患者背景(表3)

調査期間内に紹介のあったがん患者は765人であった。2008年～2010年の当院におけるがん登録数は10848人であり、そのうち7.1%程度のがん患者が精神腫瘍科に紹介となった。

入院・外来別では入院384人、外来381人とほぼ同じであった。患者の平均年齢は $59 \pm 15$ 歳であり、性別では男性が328人(42.9%)、女性が437人(57.1%)であった。

併診時の病期は、A段階215人(28.1%)、B段階334人(43.7%)、再発152人(19.9%)であった。併診時のPSは、PS=1の患者が(N=304, 39.7%)と最も多かった。外来ではPS=2以下の患者が(N=349, 91.6%)と大部分であり、入院における同患者(N=240, 62.5%)よりも多くを占めた。

最も多い原発部位は消化器(25.6%)で、乳腺(19.6%)、呼吸器(13.5%)、婦人科系(8.8%)、頭頸部・甲状腺(8.4%)と続いた。外来では乳腺(N=114, 29.9%)が最も多かった。2008年～2010年の当院におけるがん登録数は、消化器(31.1%)、泌尿器(14.9%)、乳腺(11.9%)、呼吸器(9.5%)、婦人科系(7.2%)の順で、泌尿器が多い以外は、この調査と同じ順位であった。

##### 患者の併診依頼理由(表4)

併診時の依頼理由は不安(N=228, 29.8%)が最も多く、抑うつ(N=140, 18.3%)、不穏(N=101, 13.2%)、不眠(N=52, 6.8%)と続いた。入院患者では不安(N=96, 25.0%)、不穏(N=94, 24.5%)が多く、

外来患者では不安 (N = 132, 34.6%), 抑うつ (N = 94, 24.7%)が多かった。

### 初診時における精神科診断 (表5)

初診時における精神科診断は、適応障害 (N = 187, 24.4%)が最も多く、せん妄 (N = 121, 15.8%), 大うつ病性障害 (N = 94, 12.3%)と続いた。入院ではせん妄 (N = 112, 19.2%), 適応障害 (N = 72, 18.8%)が多く、外来では、適応障害 (N = 115, 30.2%), 大うつ病性障害 (N = 79, 20.7%)が多かった。

症状が精神疾患の基準を満たすための閾値に満たない、持続期間が短いなどの理由で診断なし (N = 147)の患者が20%近くを占め、鑑別診断が困難、情報不足などの理由で診断不明 (N = 43)の患者が約5%を占めた。

### 精神疾患の有無と患者背景について (表6)

精神腫瘍科初診時の診断を、前述により「精神疾患あり」群と「精神疾患なし」群に分類した。精神科診断が不明の患者 (n = 43)は解析から除外した。除外基準に該当しない722人の患者について、その背景について単変量解析を行った。結果として、精神疾患の有無と有意な関連のあった変数は、年齢、設定、PS、原発部位 (乳腺)、依頼理由 (不安、不穏)の6項目であった ( $p < 0.01$ )。

表3. 患者背景

	No. (%)		
	入院 384 (50.2)	外来 381 (49.8)	全患者 765 (100)
年齢(歳)			
平均±標準偏差	58±16	59±13	59±15
範囲	11-93	13-87	11-93
性別			
男性	204	124	328 (42.9)
女性	180	257	437 (57.1)
病期			
A段階	102	113	215 (28.1)
B段階	180	154	334 (43.7)
再発	68	84	152 (19.9)
不明	34	30	64 (8.4)
PS			
0	34	81	115 (15.0)
1	114	190	304 (39.7)
2	92	78	170 (22.2)
3	90	27	117 (15.3)
4	49	2	51 (6.7)
不明	5	3	8 (1.0)
原発部位			
消化器	96	100	196 (25.6)
乳腺	36	114	150 (19.6)
呼吸器	53	50	103 (13.5)
婦人科系	34	33	67 (8.8)
頭頸部・甲状腺	39	25	64 (8.4)
泌尿器	29	20	49 (6.4)
リンパ腫・白血病	36	10	46 (6.0)
その他	58	22	80 (10.5)
不明	3	7	10 (1.3)

### 精神疾患に関連する患者背景について (表7)

多変量解析を行うに際して、PSが不明の8人、原発部位が不明の10人、依頼理由が不明の7人に関しては、欠損値として分析からは除外した。また、単変量解析の結果、多変量解析のための変数選択の基準を満たした変数は、年齢、設定、PS、乳腺、不安、不穏であった。これら6つの変数を説明変数として、精神疾患の有無を目的変数とした多重ロジスティック回帰解析を行った。

その結果、すべての変数で精神疾患の有無との有意な関連がみられた。年齢は1歳上がるごとにオッズ比は1.02 (95%信頼区間: 1.00-1.03), 設定は外来に比べ入院のオッズ比が0.42 (95%信頼区間: 0.29-0.62), PSは1上昇するごとにオッズ比は1.38 (95%信頼区間: 1.16-1.64), 乳腺がなしに対してありのオッズ比が3.07 (95%信頼区間: 1.92-4.91), 不安がなしに対してありのオッズ比が2.30 (95%信頼区間: 1.58-3.35), 不穏がなしに対してありのオッズ比が7.40 (95%信頼区間: 3.83-14.28)であった。

### 依頼理由と精神疾患の相違について (表8)

これまでの結果から追加の解析を行った。依頼理由とがん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の関連について、その内訳をクロス集計表に示した。依頼理

表4. 患者の併診依頼理由

	No. (%)		
	入院 384 (50.2)	外来 381 (49.8)	全患者 765 (100)
不安	96	132	228 (29.8)
抑うつ	46	94	140 (18.3)
不穏	94	7	101 (13.2)
不眠	25	27	52 (6.8)
身体症状	14	29	43 (5.6)
精神疾患の既往	13	12	25 (3.3)
検査	17	2	19 (2.5)
その他	75	75	150 (19.6)
不明	4	3	7 (0.9)

表5. 精神科診断

	No. (%)		
	入院 384 (50.2)	外来 381 (49.8)	全患者 765 (100)
適応障害	72	115	187 (24.4)
せん妄	112	9	121 (15.8)
大うつ病性障害	15	79	94 (12.3)
統合失調症	16	17	33 (4.3)
不安障害	7	23	30 (3.9)
認知症	19	7	26 (3.4)
睡眠障害	18	6	24 (3.1)
身体表現性障害	5	9	14 (1.8)
診断なし	82	65	147 (19.2)
その他	25	21	46 (6.0)
不明	13	30	43 (5.6)

由のその他は、不安、抑うつ、不穏、不眠、不明以外の理由を集計し、精神疾患のその他は、不安障害、身体表現性障害の患者を集計した。

クロス集計表に行ったカイ二乗検定にて  $p < 0.01$  で有意差がみられた。そこで、表8に示すように、全患者における依頼理由割合をもとに、精神疾患別の依頼理由の期待度数を求めた。さらに、精神疾患別で分類された依頼理由別の度数を観測度数とした。こ

れら期待度数と観測度数を用いて残差分析を行った。有意水準は  $p < 0.05$  とした。その結果、適応障害の患者では、不安が有意に高く、不穏が有意に低かった。せん妄の患者では、不穏が有意に高く、不安、抑うつ、その他が有意に低かった。大うつ病性障害の患者では、抑うつと不眠が有意に高く、不安と不穏が有意に低かった、その他の患者では、不安とその他が有意に高く、抑うつと不穏が有意に低かった。

表 6. 精神疾患の有無における患者背景の記述比較 (n = 722)

		精神疾患あり (n = 446) No. (%)	精神疾患なし (n = 276) No. (%)	p値
年齢	平均±標準偏差 (歳)	60.26±12.96	55.68±16.74	0.0001**
性別	男性	182 (40.8%)	132 (47.8%)	0.0645
	女性	264 (59.2%)	144 (52.2%)	
設定	外来	235 (52.7%)	116 (42.0%)	0.0053**
	入院	211 (47.3%)	160 (58.0%)	
病期	A段階	121 (29.4%)	77 (30.9%)	0.6724
	B段階	207 (50.2%)	117 (47.0%)	0.4173
	再発	84 (20.4%)	55 (22.1%)	0.6033
	(その他)	34 (7.6%)	27 (9.8%)	
PS		1.68±1.14	1.42±1.09	0.0026**
原発	消化器	118 (26.5%)	66 (23.9%)	0.4458
	乳腺	110 (24.7%)	31 (11.2%)	<0.0001**
	呼吸器	60 (13.5%)	39 (14.1%)	0.7970
	頭頸部・甲状腺	40 (9.0%)	22 (8.0%)	0.6420
	婦人科系	34 (7.6%)	26 (9.4%)	0.3953
	泌尿器	27 (6.1%)	20 (7.2%)	0.5279
	リンパ腫・白血病	23 (5.2%)	19 (6.9%)	0.3353
	(その他)	34 (7.6%)	53 (19.2%)	
依頼理由	不安	152 (34.1%)	63 (23.3%)	0.0024**
	抑うつ	94 (21.1%)	39 (14.4%)	0.0270*
	不穏	86 (19.3%)	13 (4.8%)	<0.0001**
	不眠	29 (6.5%)	22 (8.1%)	0.4066
	(その他)	85 (19.1%)	139 (50.4%)	

\* :  $p < 0.05$

\*\* :  $p < 0.01$

表 7. 精神疾患と患者背景における多重ロジスティック回帰分析結果 (n = 708)

	オッズ比	95%信頼区間	p値	
年齢	1.02	(1.00-1.03)	0.0080	
設定	(外来=0,入院=1)	0.42	(0.29-0.62)	<0.0001
PS		1.38	(1.16-1.64)	0.0003
乳腺	(なし=0,あり=1)	3.07	(1.92-4.91)	<0.0001
不安	(なし=0,あり=1)	2.30	(1.58-3.35)	<0.0001
不穏	(なし=0,あり=1)	7.40	(3.83-14.28)	<0.0001

表 8. 患者の依頼理由と精神疾患の関連

	No.				全患者 446 (100%)
	適応障害 187	せん妄 121	大うつ病 94	(その他) 44	
不安	99 **	8 **	23 *	22 *	152 (34.1%)
抑うつ	42	12 **	39 **	1 **	94 (21.1%)
不穏	2 **	83 **	1 **	0 **	86 (19.3%)
不眠	11	5	11 *	2	29 (6.5%)
(その他)	33	13 **	20	19 **	85 (19.1%)

\* : p<0.05  
\*\* : p<0.01

## 考 察

本論文は、先の論文を基礎的研究とし、精神腫瘍科に紹介のあったがん患者の精神医学的診断および、診断予測要因について検討したものである。今までの研究は、併診依頼があった患者に関する精神科医による診断が中心であり、患者の背景、身体科医の依頼理由は問われていなかった<sup>8-11)</sup>。

まず、併診患者の精神疾患について述べる。精神疾患は適応障害、せん妄、うつ病の3疾患が多く(表5)、わが国および諸外国で行われた先行研究と同様であった<sup>3, 8-10)</sup>。これは、がん患者において認められる頻度の高い精神疾患が上記3疾患であり、かつ、これら疾患ががん治療に影響を与える可能性を考えると、そうした事態を防ぐために精神科への併診になっていると考えられる。

がん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患の有無を予測する要因として、多変量解析の結果から年齢、設定、PS、乳がん、不安、不穏が明らかになった(表6、表7)。

年齢が精神疾患の有無を予測していることが明らかになった。高齢患者はせん妄の発症リスクが高いことが以前から報告されており<sup>14)</sup>、このことを反映しているのかもしれない。また、設定として外来が精神疾患の有無を予測していることが明らかになった。併診数が入院・外来でそれほど変わらないこと(表3)から、主だった精神疾患は外来時に決められていることが影響した可能性がある。これに関しては、今後も検討を進め、明らかにしていきたい。

全身の状態としてPSが精神疾患の有無を予測していることが明らかになった。PSの悪化はがん患者におけるうつ病の予測要因である<sup>15)</sup>ことも今回の研究を裏付けていると思われる。病期と精神疾患の有無には有意な関連は見られなかった。抑うつや不安は、病期のような客観的な指標よりも自覚症状のような主観的な指標に左右されるためかもしれないが、本研究で採用した病期の分類が医学的に適当ではなかった可能性も高い。

原発としては乳がんが精神疾患の有無を予測してい

ることが明らかになった。乳がん患者はさまざまな苦悩を抱えることが知られている。たとえば、50歳以下の若年乳がん患者では、早期の閉経、更年期症状、不妊等の問題に悩み、同年代の女性に比較してQOLが低下する<sup>16)</sup>。サバイバー(5年以上の生存者)となった乳がん患者ではcancer-related fatigue<sup>17)</sup>で悩むことも多い。乳がん患者の精神医学的調査によると、診断時の抑うつ(適応障害、うつ病を含む)は32%である<sup>18)</sup>。再発乳がん患者における調査では、42%の患者にうつ病または適応障害の診断が付き、2年以内に再発した患者における比率が高い<sup>19)</sup>。これらを支持する所見として、抗うつ薬の処方率は初発と再発をきっかけとして多くなる<sup>20)</sup>。早期乳がん患者の観察研究によると、診断後5年経過したがんサバイバーでも15%に不安、抑うつが認められている<sup>21)</sup>。このように様々な報告が乳がんの心理的衝撃を報告しており、精神疾患の有無を反映していると推測される。ただ、原発が予測因子としてあがるかどうかは、身体科それぞれがどの程度の精神症状を捉えて併診を依頼するかという、科の特性の違いによっていると考えるべきかもしれない。

併診依頼理由として、不安、不穏が精神疾患の有無を予測していることが明らかになった。抑うつは単変量解析にて精神疾患の有無について有意ではなかったが、精神疾患ありの患者がなしの患者の2倍以上であった。担当医が併診依頼を考える内容が診断に結び付くことが判明したのは本研究が初めてである。つまり、こうした依頼理由につながる患者の症状は、身体科医がスクリーニングする上での精神疾患の有無の目安になる可能性がある。ただし、本研究において不安、抑うつの依頼理由で併診のあった患者の診断の詳細を確認したところ、せん妄の診断であった患者も見受けられた(表8)。これは、先行研究においても報告されており<sup>22)</sup>、不安や抑うつといった症状は、低活動性せん妄の症状と似ているため、見落とされることも多い<sup>23)</sup>。不安、抑うつの治療で用いられる睡眠薬や抗不安薬はせん妄を悪化させるため<sup>24)</sup>、注意が必要である。したがって、精神科領域の治療に際しては患者各々の精神医学的病態の詳細を把握する必要性が再確認された。依頼理由のうち、不眠は単変量

解析にて精神疾患の有無について有意ではなかったが、依頼理由とがん罹患後に発症もしくは増悪する精神疾患との関連における解析にて、大うつ病性障害において抑うつだけでなく不眠の項目も有意に高かった(表8)。不眠は、うつ病の主要な症状の一つであるが、不眠症と診断してしまうことが多い<sup>25)</sup>。不眠もやはりスクリーニングにおいて注意すべき症状である可能性が示唆された。

この研究は、いくつかの限界がある。第1に、本研究は単施設の研究であることからサンプルなどに偏りが出ることは避けられない。第2に、本データベースでは疼痛の有無に関して記載しておらず、この点に関する考察が得られていない。単なる疼痛の有無での分類では不十分で、疼痛の程度で分類することが妥当と考えたが、後方視的な研究では限界があった。第3に、精神科診断の妥当性に関してはカンファレンスなどで検討しているが、限界がある。

結論として、本研究により、精神科併診を受けるがん患者において精神疾患の有無を予測する要因が明らかになり、身体科医師によるスクリーニングにより精神科併診につながる可能性が示唆された。ただし依頼内容と診断が直結するわけではないので、精神医学的な診断には慎重な検討が必要である。今後の更なる研究の積み重ねにより、併診患者における精神疾患の有無を予測する要因がさらに明らかになると思われる。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、本研究のご指導を賜りました埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科の大西秀樹教授に深謝致します。また、データ解析に御協力いただいた同科の石田真弓助教、川田聡非常勤講師、遠山啓亮非常勤医師、早稲田大学人間科学部健康福祉科学科の安部猛助教に深謝致します。さらに、いつも支えていただいた埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科の岩岡幸江秘書に心より感謝致します。

本論文はTada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T, Onishi H. Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(3):183-8.の一部を含む。

## 引用文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249(6):751-7.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996;78(5):1131-7.
- 3) Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Italian Consultation-Liaison Group. *Eur J Cancer* 2000;36(5):579-85.
- 4) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 2000;356(9238):1326-7.
- 5) Breitbart W. Suicide in cancer patients. *Oncology (Williston Park)* 1987;1(2):49-55.
- 6) Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995;36(1-2):11-20.
- 7) Lederberg M. The family of the cancer patient. *Psycho-Oncology*. J. Holland, Oxford University Press. 1998;981-93.
- 8) Massie MJ, Holland JC. Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatr Med* 1987;5(4):343-59.
- 9) Kissane DW, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30(3):397-404.
- 10) Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol* 2001;31(5):188-94.
- 11) Tada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T, Onishi H. Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(3):183-8.
- 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition text revision. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
- 13) Asai M, Akizuki N, Fujimori M, Shimizu K, Ogawa A, Matsui Y, et al. Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 2013;22(5):995-1001.
- 14) Lipowski ZJ. Delirium (acute confusional states). *JAMA* 1987;258(13):1789-92.
- 15) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003;21(1):69-77.
- 16) Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of life, fertility concerns, and

- behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2012;104(5):386-405.
- 17) Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-related fatigue: implications for breast cancer survivors. *Cancer* 2012;118(8 Suppl):2261-9.
- 18) Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: course and prevalence of morbidity over 12 months. *Psychooncology* 2013;22(9):2071-8.
- 19) Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 2005;35(6):302-9.
- 20) Suppli NP, Deltour I, Damkjaer LH, Christensen J, Jensen AB, Kroman NT, et al. Factors associated with the prescription of antidepressive medication to breast cancer patients. *Acta Oncol* 2011;50(2):243-51.
- 21) Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005;330(7493):702.
- 22) Farrell KR, Ganzini L. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 1995;155(22):2459-64.
- 23) Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994;97(3):278-88.
- 24) Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996;153(2):231-7.
- 25) Ohtsuki T, Inagaki M, Oikawa Y, Saitoh A, Kurosawa M, Muramatsu K, Yamada M. Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2010;10:30. doi