

癌患者の栄養・疼痛・免疫関連病態への、 医師・看護師・患者の、性格特性の関わり

済生会栗橋病院外科(本田 宏、他)の調査データを中心に

東京家政学院大学 医療心理学 重久 剛

さまざま異なる多様な担癌生体において、予後の延長を期待して、その栄養状態 (dystrophy) を改善し、疼痛の除去や免疫能の改善を図るときに必要な方策は、十把一からげの単一のものではなく、またすべての患者や個々の病態に同じように適用できるものでもないはずである。今日、(医療の高度化複雑化に対応して、その質と安全性を維持しつつ、医療従事者への信頼や患者満足度を高めてゆくために) 遺伝生物学的要因や社会文化的状況をふまえた¹⁻⁴⁾ このような生理・心理・社会的方策に関わるいくつかの有用な情報もたらされている (図1, 表1~4参照)。

癌患者は、1人1人誰でも他と異なったさまざまな遺伝生物学的特徴〔体質^{5, 6)} や心理行動様式の特徴〔性格⁷⁻¹⁴⁾ 〕をもっている。癌を発症しているという認識 (身にせまる危険の内容や度合の評価の仕方) やそれに立ち向かう対処方略 (coping strategy)¹³⁻¹⁵⁾ は、このような体質 (temperament, constitution) や性格 (personality, character) に関わる個人差の内容 (1人1人にそなわった生理・心理・行動様式の特徴) に応じて、質的にも量的にも異なった情動体験や緊張状態 (stress, strain) をもたらしことになる^{7-10, 13, 14)}。一連の不安や恐怖・怒りなどの不快な感情体験や負の情動反応 (a subset of negative emotions) が持続し、自らの力でそれに立ち向かって、やりくりしたり、克服したりすることが「できないと認識するようになる」と、ストレス状態に陥ることになり、食欲は減退し食行動は抑

制され、食物の消化・吸収・代謝をはじめ、身体活動や運動能、performance status、(日々の快適さを求めている) 苦痛・危険回避行動は減少し、疼痛知覚やその訴えは増大し、免疫機能は低下するようになる (図1参照)⁷⁻¹⁵⁾。

このような急性・慢性のストレス状態や免疫能抑制に陥りやすい性格 (immunosuppression-prone personality、ストレス体質)^{9, 10, 16)} は、内向的 (E⁻) で神経質傾向が高く (N⁺)、繊細 (P⁻) で、相手 (医師や看護師など) に自分を合わせようとする偽装的 (L⁺) なタテマエ型の特徴をもっている⁷⁻¹⁷⁾。[E, N, P, Lの内容や詳細に関しては: 表1, 2の(注)、参照]。このような性格の患者では、食欲 (身体防衛欲求)¹²⁾ の減退をはじめ、摂食時の (環境や状況がもたらす) ストレスや感覚刺激 (sensory stimuli) としての食物の性状 (色、形、味、嗅、触感・palatability) そして非経口 (経管) 摂取などの苦痛 (嫌悪) による、消化・吸収能の低下、代謝阻害は著しいものとなる¹²⁻¹⁴⁾。

ひっこみ思案で落ち込みやすい「内向的」な性格の患者は〔ストレスを感じやすく〕、情緒的に不安定 (labile) で「神経質」であると〔ストレスをためやすく〕、「繊細」(vulnerable) で傷つきやすい性格は〔ストレスに耐えることができにくく〕、自分を出さないで医師や看護師の言うことに自分を合わせようとする特徴の著しい「偽装的」なタテマエ型の患者は、〔ストレスを受けやすい〕ことになる⁷⁻¹⁴⁾。このような患者のス

トレス対処に関わる特徴や傾向は、EPQ 性格検査^{18, 19)}による得点から把握することができるものであり、同様の検査を用いることによる医師・看護師自身の自己診断（自己理解、セルフ・イメージづくり）も可能である（表2参照）。

不安や恐怖のレベルが高まるにつれて痛みの感覚や訴えが強くなる傾向は数多く報告されており^{13, 14)}、高不安型の性格〔情緒不安定 (labile) で、自分の感情をストレートに表出する本音型、 N^+L^- 〕の患者では、常に身体愁訴の割合は高く、疼痛にさいなまれることになる⁷⁻¹⁴⁾。また、感覚刺激に対して鈍感で、物事にこだわらない性格〔外向・情緒安定〕(E^+N^-)の患者では、疼痛体験は少なく、逆にストレスを発散することができにくく、人前では（特に医療者には）かなりの痛みでもなかなか口に出して伝えることのない性格〔内向・神経質〕(E^-N^+)では、疼痛体験ははげしいものとなる^{13, 14)}。

このような傾向は、1人1人の患者が生まれ育った社会・文化（国民性やそれぞれの地域のモダリティ・パーソナリティ）の影響を大きく受けることが知られている^{1, 2, 11, 12)}。因みに「内向・神経質・繊細」な性格 ($E^-N^+P^-$)（ストレスに弱い性格）^{7, 8, 10, 18, 19)}の患者や「ゆううつ質」(E^-N^+)の体質^{5, 6)}をもつ患者では、いずれも身体面・精神面・社会面のQOL得点が低く、闘病生活での満足感（医療に対する満足感）が低いことがわかる^{3, 4, 18-20)}。逆に「外向・情緒安定・タフ」な性格 ($E^+N^-P^+$)（ストレスに強い性格）や「多血質」(E^+N^-)の体質の患者では、いずれも身体面・精神面・社会面（特に人間関係）のQOL得点が高く、治療への満足感が高いことが見出されている^{3, 4, 18-20)}。

癌患者のこのような、ストレスを「感じやすく (E^-)・ためやすく (N^+)・耐えにくく (P^-)・受けやすい (L^+)」性格や体質と、密接に関連し

てみられるようになる、対処不能な不快感情体験の持続状態は、癌を発症しているという「認識」や身にせまる危険の度合の「評価」や「不確かさ」、そして医療者の（性格に起因する）対応の仕方によるストレスと相まって、食欲・食行動や消化・吸収・代謝効率の抑制、身体運動能・体力の減退、感覚感受性や疼痛知覚の増大（すなわち、耐性や順応性の低下）¹²⁻¹⁴⁾、そして免疫能の抑制に関わるようになる（図1参照）⁷⁻¹⁶⁾。

表1, 2, 4の結果から予想される「癌患者の栄養・疼痛・免疫関連病態への、医師・看護師・患者の、性格特性の関わり」は、図1のこのような因果関係とよく一致するものである。表1~4のデータは、患者や医療従事者1人1人のこのような性格要因を迅速かつ正確に把握することのできる、EPQ 性格検査^{18, 19)}での得点構造を用いることによって、担癌生体での栄養状態・身体運動能（体力）、疼痛愁訴、免疫能の変化のあらわれ方、そしてこれら3因子と癌病態、治療との関係や各因子同士との関連を、（性格要因の関数としての、ストレス状態を介して）予測できる可能性を示している^{7, 13-16)}。

このような患者1人1人の性格や体質の違いを把握することによって、どのような患者が治療の過程のなかで〔医療従事者とのどのような人間関係（ストレス関係）を通して〕、食欲不振や栄養障害、体力（performance status）の低下、疼痛による苦しみ、闘病生活でのさまざまな出来事への対処不能、そして栄養障害（dystrophy）やストレスによる免疫能の低下を示すようになるかを、予め知ることができるようになるものと期待される。そして、具体的な患者の訴え（食欲がない・自分がしたいことができるだけの体力がない・常に痛みがある・ストレスの解消がうまくできない）や白血球・リンパ球などの免疫細胞の推移を予測する医療者と患者の性格が、栄養状態の改善・疼痛の除去・免疫能の改善を図ることによる予後の延長に、どのように結びつくかを明らかにすることは、興味あるところである。

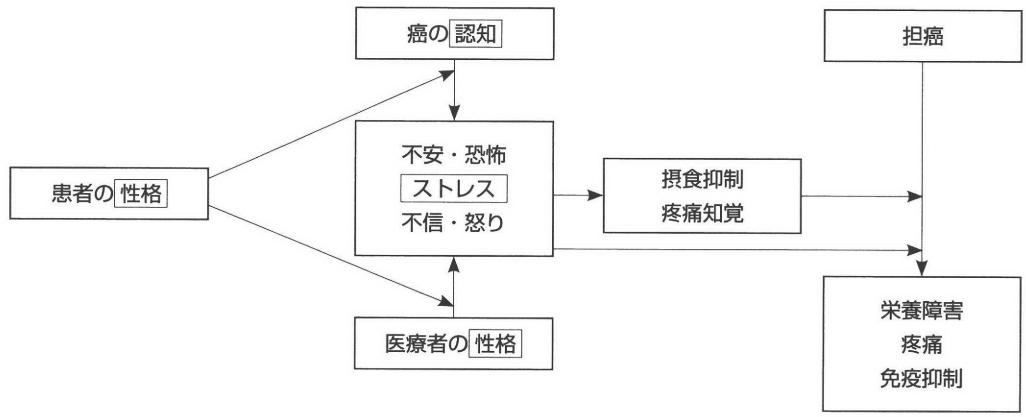


図1 性格（体質）とストレスと癌病態との関わり⁷⁻¹⁶⁾

(注)・患者と医療者の「性格の相性」(相互作用)²²⁾が、ストレスの緩和、担癌生体での栄養状態の改善、疼痛の除去、免疫能の改善に関わる。
 ・医療者と患者の「性格の相性」(congenial to each other; 信頼関係・情報の共有)が良いと、双方のストレスは緩和され、患者満足度は高まり、予後 (disease-free survival) の延長が期待される。
 ・内向 (E⁻)・神経質 (N⁺) な性格の患者 (担癌生体) では、慢性ストレスが、stress-inoculation 効果による、免疫能の増強をもたらし^{7, 16, 21)}、リンパ球が増加する (表1参照)。
 ・医療者が偽装的な性格で、患者の体質が多血質 (外向・情緒安定) であると、ストレスは緩和され、リンパ球が増加し免疫能の改善が促進される (表2参照)。

表1 栄養・疼痛・免疫関連病態の予測因子としての、癌患者の性格特性 (n=97)

予測因子 (性格特性)	栄養関連		疼痛	免疫関連		
	食欲	体力		ストレス	白血球	リンパ球
外向性(E)	0.266**	0.199*			0.217*	-0.272**
神経質(N)		-0.257**	0.195*			0.244**
タフ性(P)				-0.236*		
調整 R ² (%)	0.062(6)	0.149(15)	0.028(3)	0.028(3)	0.075(8)	0.109(11)
F	7.69**	6.94***	6.94***	3.98*	5.16**	7.26***

(注)・ステップワイズ回帰分析 (発癌臓器・ステージ・年齢・性別調査)^{19, 20)}。
 ・最終段階での標準回帰係数 (ベータ) を示す。空白は、最終段階以前に、P<0.05の基準で、除去されたもの²⁰⁾。* P<0.05
 ** P<0.01 *** P<0.001
 ・術後胃癌 (n=43)、大腸癌 (n=26)、乳癌 (n=28) 患者；ステージ I~III；年齢36~81(平均59, SD11)；男(47%)、女(53%)。
 ・外向性 (Extraversion)、神経質 (Neuroticism)、タフ性 (Psychoticism) は、EPQ 性格検査の得点に基づく^{11, 12, 18, 19)}。E 得点が高いと外向で、低いと内向。N 得点が高いと神経質で、低いと情緒安定。P 得点が高いとタフで、低いと繊細。[高い=(+)；低い=(-)]
 ・食欲・体力・疼痛・ストレスは、それぞれ QOL-20 質問表^{2, 18-20, 24)} の項目14, 4, 8, 6 への回答による。
 14 = 「食欲がある」(ポジティブ回答)。4 = 「自分がしたいと思っていることがよくできる (体力がある)」(ポジティブ回答)。
 8 = 「身体のどこかに常に痛み (疼痛) がある」(ネガティブ回答)。6 = 「ストレスの解消がうまくいっていない (ストレスがある)」(ネガティブ回答)。
 ・白血球 (個/μl) とリンパ球 (%) は、それぞれ術前より術後の算定値が高い。(-) ベータは、術後が低いことを示している。

表1のデータは、癌患者の3つの主要な性格特性、すなわち内向性 (E 得点が高い)、神経質傾向 (N 得点が高い)、繊細性 (P 得点が高い)

が、それぞれこのような6つの癌病態関連因子、すなわち栄養状態に関わる食欲不振や体力の低下、疼痛の増悪、そして免疫能に関わるストレス

の増大や白血球・リンパ球の増減を、統計的に有意に予測することを示している。このような「内向的で神経質で繊細なタイプ」の性格は、悲観的で物事にこだわる（いつまでも気にする）傷つきやすい特徴をもっていて、「ストレスに弱い」ことが指摘されている^{7-12, 16)}。ここで注目すべきことは、このような「内向的で神経質な」（ゆううつ）性格の患者では、他の病態因子とは異なり、術後にリンパ球の算定値（%）が（術前と比較して）高くなっていることであり、免疫能の改善が予想されることである。このことは、「内向的で神経質な性格」の患者では（この性格に特異的な、耐え得る程度の慢性的なストレス状態による）「ストレス予防接種効果」（stress inoculation effect）^{7-16, 21)}によって免疫能が改善され、予後の延長が期待されることを示唆している。

表2のデータは、診断や治療、看護を担当する医療者の（患者への対応の仕方、信頼感・安心感・共感、心の支え、プラシーボ効果などの背後にある）個々の「性格特性」（図1参照）が、具体的にどのような「性格タイプ」（あるいは体質）の患者で、栄養障害や疼痛、免疫抑制などの要因に結びつくかを明らかにできる手がかりを示している。医療者の性格特性が偽装性（L⁺）の高いものであると（いにかえるならば、医師や看護師が、本当のことでも患者にとっては思わしくない・心が傷つくようなことは言わないで、患者が喜ぶような良いこと・耐えられること・だけを告げるような「タテマエ型」の性格であると）、「耐性型」（ストレスに強い性格タイプ）の患者では、術後のリンパ球の算定値が、術前と比較して、統計的に有意に高いことを示している。この関係は（本院で調査したこの性格タイプの）患者全体のほぼ39%にあてはまることである。

次いで医師や看護師が「タフ」な性格（P⁺）であると（すなわち、物事に動じない、患者のことばや動作に容易に影響されたりすることのない性格であると）、「低不安型」の患者では（すなわち、情緒的に安定し非偽装的で、常にありのま

まを口にするような性格タイプの患者では）、食欲が減退し、体力も低下することを示している。このような癌患者の栄養関連病態と医療者の性格特性との関係は、それぞれこの性格タイプの患者のほぼ44%と14%でみられることが予測される。そして医療者が外向的（楽観的で社会的）な性格（E⁺）であると、このような情緒的によく安定した本音型の患者（低不安型の患者）では、痛みの訴えが高いことがわかる。この関係は、この性格タイプの患者のほぼ1/3（34%）にあてはまることである。更に医師や看護師が神経質な（物事にこだわる、落ちつきのない、気難しい）性格（N⁺）であると、このような低不安型の性格の患者では、大きなストレスを感じていることが明らかである。この関係は、患者全体のほぼ16%でみられるようになると予想される。

このようなデータから、耐性型の性格の患者と偽装的な（タテマエ型の）性格の医療者とは「相性が良く」、逆に低不安型の性格の患者と、外向的なあるいは神経質な性格やタフな性格の医療者とは、「相性が悪い」ことが予測される。次いで、外向的な医療者は高不安型（神経質で本音でものを言う、非偽装的なタイプ）の患者とは「相性が悪く」、このような性格の組み合わせ（性格の相互作用）²²⁾は食欲の減退と結びつくことをよみとることができる。このような食欲の不振は、医療者が偽装的な（タテマエ型の）性格であると、不安表出型の患者（神経質で偽装的な・タテマエ型の患者）でもみられることである。

表2からは、更に（このような医療者の外向的な、神経質な、あるいはタフな性格と、癌病態関連因子との間の望ましくない関係とは逆に）医療者のタフな性格は、患者の性格が不安表出型であると、免疫関連病態の一つであるストレスと、望ましい関係にあることをよみとることができる。このことは（物事にこだわり、担当の医師や看護師の顔色を見て反応するような）この性格タイプの患者では、医師や看護師が物事に動じないタフな性格であると、ストレスの解消がうまく行われ、免疫能の抑制は少なくなることを示唆して

表2 性格タイプ別にみた、癌患者の栄養・疼痛・免疫関連病態の予測因子としての、医療者（医師・看護師）の性格特性（n=103）

予測因子 (医療者の性格特性)	耐性型		低不安型			高不安型
	免疫関連 リンパ球	栄養関連		疼痛	免疫関連 ストレス	栄養関連 食欲
		食欲	体力			
外向性(E ⁺) 神経質(N ⁺) タフ性(P ⁺) 偽装性(L ⁺)	0.679*	-0.475**	-0.420*	0.371*	0.447*	-0.418*
調整 R ² (%) F	0.385(39) 6.00*	0.435(44) 6.66**	0.137(14) 4.50*	0.342(34) 6.71**	0.162(16) 5.24*	0.135(14) 4.43*

(注)・網掛け内は、癌患者の性格タイプあるいは体質。

- ・食欲=食欲がある。体力=体力がある。疼痛=痛みがある。ストレス=ストレスがある。
- ・白血球・リンパ球=術前と比較して、術後の算定値が高い。(－) ベータは、それぞれ、ないこと・低いことを示している。
- ・性格タイプ^{18, 19)} : 「EPQ 性格検査の得点に基づく類型」
- 耐性型 [外向・情緒安定・タフ] E⁺N⁻P⁺ (n=10)。低不安型 [情緒安定・非偽装] N⁻L⁻ (n=23)。
- 高不安型 = [神経質・非偽装] N⁺L⁻ (n=23)。不安表出型 [神経質・偽装] N⁺L⁺ (n=28)。
- ・体質^{5, 6)} : 「EPQ 性格検査の得点に対応した類型」
- 多血質 [外向・情緒安定] E⁺N⁻ (n=23)。胆汁質 [外向・神経質] E⁺N⁺ (n=28)。ゆううつ質 [内向・神経質] E⁻N⁺ (n=23)
- ・[ステップワイズ回帰分析 (年齢・性別・血液型・誕生季節調整)]
- (性格特性と血液型・gene と誕生季節・dopamine turnover との間には、さまざまな関連のあることが報告されている^{1-4, 7)}。

いる。また更に、医療者が（患者の気持ちに合わせて対応する）タテマエ型の・偽装的な性格であると、術後の白血球は（術前より）高い値を示していて、免疫能の抑制が少ないことを示唆している。このような医療者の性格特性（タフ性や偽装性）と患者の性格タイプ（不安表出型）との関係は、免疫能の改善にとって、望ましい「相性の良い」ものであるということが出来る。

逆に、医療者の性格が外向的で患者の体質が多血質であると、「相性が悪く」ストレスがあり、免疫能の改善が思わしくないが、偽装性の高いタテマエ型の医療者と多血質の患者とは「相性が良く」、リンパ球の（術前に比して、術後での）高い値と結びついている。このような望ましくない関係は、全体のほぼ57%の患者に、また望ましい関係は45%の患者にあてはまることである。これに対して患者の体質が胆汁質であると、神経質で偽装性の高いタテマエ型の医療者とは「相性が悪く」、術後のリンパ球の値は低いことが予測される。このような癌患者の免疫能に関連した因子が医療者の性格特性（神経質と偽装性、すなわち不安表出傾向）と結びつくことは、ほぼ54%の患者で予測できることである。しかし（ひっこみ思案

で悲観的な）ゆううつ質の患者は、神経質な（よく気を配る）性格の医療者とは「相性が良く」食欲があるが、偽装的なタテマエ型の医療者とは「相性が悪く」体力がないことが、予測される。体力が低下する可能性は、ほぼ44%の患者でみられることであり、栄養状態の改善による体力の回復は困難であることが予想される。この困難さは、医療者と患者の性格の組み合わせを变えることによって、軽減される。

表2のデータは、医療者と患者の「性格の相互作用」^{12, 22)}によって、癌病態関連因子に関わる、人間関係に起因するストレスの影響が異なり、望ましい影響とそうでない影響のあることを示している。望ましい「相性の良い」影響は、癌患者の病態の改善を図るときに有用なものであり、予後の延長が期待される。まず、栄養状態（食欲）の改善がみられやすくなるのは、患者がゆううつ質で医療者が神経質な性格の場合である。この場合は、ひっこみ思案で悲観的な患者とよく気を配る性格の医療者との人間関係が、癌病態に良い影響をもたらしていることがわかる。また、免疫能（ストレス、白血球、リンパ球）の改善がみられやすくなるのは、患者が（ストレスに強い）耐性

不安表出型			多血質		胆汁質	ゆううつ質	
栄養関連	免疫関連		免疫関連		免疫関連	栄養関連	
食欲	ストレス	白血球	ストレス	リンパ球	リンパ球	食欲	体力
-0.413*	-0.470*	0.387*	0.677***	0.478**	-0.350*	0.437*	-0.615***
0.139(14) 5.35*	0.191(19) 7.39*	0.117(12) 4.58*	0.573(57) 10.85***	0.453(45) 10.13***	0.535(54) 11.35***	0.153(15) 4.97*	0.436(44) 9.50***

・性格特性^{11, 12, 18-20} :

外向性 (E⁺) extraversion-introversion (逆は内向 E⁻)。神経質 (N⁺) neuroticism-emotionality (逆は情緒安定、N⁻)
 /タフ性 (P⁺) toughmindedness-softmindedness (逆は繊細、P⁻)。偽装性 (L⁺) dissimulation-social naivety (逆は本音、L⁻)。

・標準回帰係数、F 値、調整 R²は、医療者の性格特性と各性格タイプの患者の病態関連因子との結びつきの大きさを示している。これは、医療者と患者の性格群の結びつきで、1人1人の間の結びつきではない。今日のチーム医療では、複数の医療者が各患者に関わっており、1対1の解析を行うことは、困難なので、その都度、事例研究を行い、この表の結果を補うことが望まれる。

・チーム医療では、当事者間の性格の相互作用 (相乗効果 synergistic interaction) が、対人効果や医療効果の大きな要因となることが示唆される^{9, 22)}。

型や (ストレスを発散する) 不安表出型 [性格] あるいは (活動的な) 多血質 [体質] で、医療者が (物事に動じない) タフなあるいは (患者に不安を与えたりしないように、心を配る) タテマエ型の [性格] の場合である。

逆に、医療者と患者の性格の「相性が悪く」、癌病態に望ましくない影響もたらされ、栄養状態 (食欲や体力) の改善がみられにくくなるのは、患者の性格が低不安型、高不安型、不安表出型、あるいは体質がゆううつ質で、医療者が外向的、タフ、あるいは (事実を有りのまま告げないで、その場をとりつくろ) 偽装的な性格の場合である。また疼痛の除去がみられにくくなるのは、患者が低不安型で医療者が外向的な性格の場合である。更に、免疫能 (ストレスやリンパ球) の改善がみられにくいのは、患者が低不安型、多血質あるいは胆汁質で、医療者が外向的、神経質あるいは偽装な場合である。

医療者の性格特性のなかで、患者の性格タイプとの間に「相性関係」(適合性、congeniality) が最も著しくみられるのは、偽装性 (dissimulation) である。この特徴は、社会的望ましさ (social desirability, conformity) を志向する傾向で、その

場をとりつくろって、患者を悲しませたり、怒らせたり、不快感や不安を与えたりするようなことばや態度を避け、本音をストレートに出さなくて、患者の気持ちや状況に合わせて、対応する傾向である。医療者のこのような偽装的な性格特性やコミュニケーション・スタイルが、患者の性格タイプ (耐性型、不安表出型、多血質など) と「良い相性」関係にあると、免疫能 (白血球、リンパ球) の改善が促進され、逆に「悪い相性」関係にあると、(不安表出型やゆううつ質の患者にみられるように) 栄養状態 (食欲や体力) が思わしくなく、また (胆汁質の患者にみられるように) 免疫能 (リンパ球) の改善が妨げられる様子がうかがわれる。

表3は、癌患者の病態、栄養・疼痛・免疫に関わる各因子と治療満足度 (身体面・精神面・社会面の QOL)¹⁸⁻²⁰⁾ との関係を示している。ジストロフィー要因の食欲の減退や体力の低下、疼痛に関わる愁訴の増加、闘病生活でのストレスへの対処が困難な状態は、すべて治療に対する患者満足度とは、負の相関関係を示している。これらの相関には、性格特性 (E・N・P・L)^{18, 19)} そしてまた

表3 栄養・疼痛・免疫関連病態、各因子と治療満足度との関係

栄養関連		疼痛愁訴	免疫関連		
食欲不振	体力低下		ストレス対処不能	白血球減少	リンパ球減少
(無調整)df=87					
-0.41***	-0.63***	-0.40***	-0.42***	-0.14	0.20
(発癌臓器・ステージ・年齢・性別調整)df=83					
-0.44***	-0.60***	-0.37***	-0.37***	-0.19	0.25*
(性格特性 E・N・P・L 調整)df=83					
-0.36***	-0.58***	-0.41***	-0.36***	-0.05	0.04
(血液型・誕生季節調整)df=85					
-0.41***	-0.63***	-0.40***	-0.43***	-0.14	0.20

(注) 治療満足度 = QOL 総得点 (身体面・精神面・社会面の合計)¹⁸⁻²⁰⁾。

相関係数、r (両側検定)。* P<0.05 *** P<0.001

表4 癌患者の栄養・疼痛・免疫関連病態、各因子同士との関係

	栄養関連		疼痛愁訴	免疫関連		
	食欲不振	体力低下		ストレス対処不能	白血球減少	リンパ球減少
(無調整)df=87						
食欲不振	—	0.30**	0.02	0.10	0.09	-0.11
体力低下	0.32**	—	0.25*	0.19	0.06	-0.15
疼痛愁訴	0.01	0.22*	—	0.07	-0.00	0.14
ストレス対処不能	0.12	0.13	0.04	—	0.24*	-0.23*
白血球減少	0.08	0.12	-0.02	0.32**	—	-0.43***
リンパ球減少	-0.12	-0.20	0.14	-0.28*	-0.43***	—
(発癌臓器・ステージ・年齢・性別調整)df=83						
(性格特性 E・N・P・L 調整)df=83						
食欲不振	—	0.26*	0.02	0.06	0.04	-0.02
体力低下	0.30**	—	0.22*	0.11	-0.01	-0.03
疼痛愁訴	0.00	0.26*	—	0.04	-0.02	0.20
ストレス対処不能	0.12	0.20	0.10	—	0.19	-0.14
白血球減少	0.08	0.06	-0.02	0.26*	—	-0.38***
リンパ球減少	-0.11	-0.15	0.15	-0.23*	-0.43***	—
(血液型・誕生季節調整)df=85						

(注) 相関係数、r (両側検定)。

■ = 無調整の場合、性格特性が相関に (促進的に) 関わることを示す。

血液型 (遺伝要因)¹⁾ や誕生季節 (胎児期や生後の発達環境要因)²⁾ の影響はみられない。このことは、(遺伝と環境との相乗的な相互作用によって形成された)^{1,9)} 性格特性が、そしてまた血液型や誕生季節が、QOL (治療満足度) と癌病態関連因子との相関関係を促進したり抑制したりするものではないことを示している。しかし年齢や性別とともに発癌臓器やステージの効果をとり除くと、免疫能に関わる術後リンパ球の白血球 (個/μl) に占める比率が低いほど、QOL の総得点は高いことを示しており、治療満足度が高いこ

とをうかがわせている。このことから、発癌臓器 (胃、大腸、乳癌)、ステージ (I~III)、年齢 (36~81歳) そして性別は、(免疫関連病態のうちの) リンパ球と QOL との相関のあらわれ方を抑制するものであることがわかる。

このことは、ここで見出された相関は、担癌生体での白血球に占めるリンパ球ではなく、(むしろ、リンパ球と連動する) 好中球の比率が高いと QOL が高いことをうかがわせるものである。このことは、表1のデータからよみとれるリンパ球の増加が性格特性 (内向・神経質) に結びつくこ

とから、癌治療における発熱性の好中球減少²³⁾の改善が、性格特性（外向・情緒安定）の測定によって、予測できる可能性を示唆している。因みに、白血球数とリンパ球%は負の相関を示している（表4参照）。

表4は、栄養・疼痛・免疫関連病態各因子の間の相関関係を示している。まず、栄養状態に関わる食欲と体力との正の相関は高く、また体力が低下すると疼痛が増悪しており、ストレスを感じていると白血球の算定値は減少するが、リンパ球の比率は逆に増加する様子がうかがわれる。このことは、癌治療での、ストレスの増加と白血球の減少、発熱を伴う好中球の減少、そしてリンパ球の増加（性格によるストレス接種効果、ストレスへの耐性の獲得）との、関連の起こり方が、それぞれ異なることを示唆している。ここで注目すべきことは、性格特性〔E・N・P・L〕の効果を調整して取り除くと、ストレスと免疫細胞（白血球、リンパ球）との相関が（統計的に有意で）なくなることである（表4に■■■■で示す）。

このことから、（性格特性によってその生じ方が異なる）ストレスが、免疫細胞の増減と特異的な関連をもつことは、このような性格の特性〔E・N・P・L〕の影響によるものであることがわかる。このことは「性格のちがひ」によって、免疫機能への「ストレス予防接種（inoculation）効果」^{7, 16, 21)}（免疫能の増強）と、その逆の「ストレスの有害な効果」（免疫能の抑制）が、生じることを示唆している（表1参照）。

表4のデータから、このような性格特性が、ストレスと白血球そしてリンパ球との相関の起こり方に、影響を及ぼすことが明らかであり、その他の要因（年齢や性別、発癌臓器、ステージ、また遺伝的要因である血液型や環境要因である誕生季節）の効果を取り除いても、相関のあらわれ方には何らの影響もみられない。このことから、性格特性だけが、癌患者の免疫関連病態各因子同士との関連の起こり方を、左右するものであることがわかる。

〔文献〕

- 1) Eysenck HJ. The biological basis of cross-cultural differences in personality. *Blood group antigens, Psychol Rep*, 50, 531-540, 1982.
- 2) Chotai J, Forsgren T, Nilsson LG, Adolfsson R. Season of birth variation in the temperament and character inventory of personality in a general population. *Neuropsychobiol*, 44, 19-26, 2001.
- 3) 本田 宏・重久 剛. 術後癌患者の貧血関連 QOL と血中 Hb 濃度. —パーソナリティと鉄欠乏性貧血との関わり. 第22回 QOL 研究会報告, 2005.
- 4) 重久 剛・本田 宏. 癌患者の QOL とパーソナリティ特性. —血液型 (gene) と誕生季節 (dopamine turnover) とのかかわり. 第22回 QOL 研究会報告, 2005.
- 5) Ruch W. Pavlov's types of nervous system, Eysenck's typology and the Hippocrates-Galen temperaments: A empirical examination of the asserted correspondence of three temperament typologies. *Person Individ Diff*, 13, 1259-1271, 1992.
- 6) Pavlov IP. *Selected works*. Foreign Languages Publishing House. Moscow (Translated by S. Belsky), 1955.
- 7) Eysenck HJ. Personality, stress and cancer: prediction and prophylaxis. *Br J Med Psychol*, 61, 57-75, 1988.
- 8) Eysenck HJ. *Cancer and personality*. In *Cancer and stress: psychological, biological and coping studies*. Cooper CL, Watson M (ed). Wiley, New York, 1991.
- 9) Eysenck HJ. Synergistic interaction between psychosocial and physical factors in the causation of lung cancer. In *The psychoneuroimmunology of cancer: mind and body in the fight for survival*, Lewis CE, O'Sullivan C, Barraclough J. (ed). Oxford Univ Press, New York, 1994.
- 10) Eysenck HJ. *Cancer, personality and stress: Prediction and preventive*. *Adv Beh Res Ther*, 16, 167-215, 1994.
- 11) Shigehisa T. Personality and cancer: A cross-cultural perspective, *Ann Cancer Res Ther*, 4, 5-19, 1995.
- 12) 重久 剛. 人間の心理・行動様式—人間関係と教育と健康—. 八千代出版, 1988.
- 13) Gatchel RJ, Baum A, Krantz DS. (ed). *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York, 1989.
- 14) Kaptein A, Weinman J. (ed). *Health psychology*. Blackwell, Oxford, UK, 2004.
- 15) Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York, 1984.

16) Solomon G. Psychoneuroimmunology: Interaction between central nervous system and immune system. J. Neurosci Res, 18, 1-9, 1987.

17) 本田 宏. 病は気から. 済生会栗橋病院, 2004.

18) 重久 剛. 癌疾患のQOL測定への性格特性の影響. WWaves 7, 33-37, 2001.

19) 重久 剛. 化学療法とQOL: 貧血の役割—癌患者の性格特性の影響—. WWaves, 10, 36-42, 2004.

20) Shigehisa T. Eysenckian personality traits and health-related quality of life in patients with stomach, colorectal or breast cancer. Jpn Health Psychol, 10, 19-32, 2002.

21) Sklar LS, Anisman H. Stress and cancer, Psychol Bull, 89, 396-406, 1981.

22) Shigehisa T, Nedate K, Ogawa R, Haruki Y. Teacher-learner personality interaction under alien reinforcement. Jpn Psychol Res, 29, 153-163, 1987.

23) Klastersky J. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer risk index: a multinational scoring system for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. J Clin Oncol, 18, 3038-3051, 2000.

24) Yamaoka K, Takeda Y, Shigehisa T, Ogoshi K, Kobayashi K, Hayashi F, Hayashi C. Health-related quality of life in Japanese lung cancer patients as determined by two questionnaires: the HRQOL-20 and the EORTC QLQ-C30. Ann Cancer Res Ther, 11, 31-46, 2003.

薬価基準収載

New Lineup

ムコスタに顆粒が加わりました。



The Power of Bioregulation

胃炎・胃潰瘍治療剤

ムコスタ 錠100 顆粒20%

Mucosta® レバミピド製剤

指定医薬品

製造販売元 大塚製薬株式会社 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先 大塚製薬株式会社 信頼性保証本部 医薬情報センター 〒101-8535 東京都千代田区神田司町2-2 大塚製薬 神田第2ビル

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

〔効能・効果〕及び〔用法・用量〕

〔効能・効果〕	〔用法・用量〕
胃潰瘍	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100:1錠、ムコスタ顆粒20%:0.5g)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100:1錠、ムコスタ顆粒20%:0.5g)を1日3回経口投与する。

〔使用上の注意〕— 抜粋—

副作用

調査症例10,047例中54例(0.54%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている。このうち65歳以上の高齢者3,035例では18例(0.59%)に副作用がみられた。副作用発現率、副作用の種類においても高齢者と非高齢者では認められなかった。(ムコスタ錠100の承認時及び再審査終了時)

以下の副作用には別途市販後に報告された自発報告を含む。

重大な副作用

1. ショック、アナフィラキシー様症状(頻度不明*): ショック、アナフィラキシー様症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
2. 白血球減少(0.1%未満)、血小板減少(頻度不明*): 白血球減少、血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
3. 肝機能障害(0.1%未満)、黄疸(頻度不明*): AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、ALPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

*: 自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

◇その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

〈'05.04作成〉