

2012年 2月 17日

2011年度笹川記念保健協力財団

研 究 報 告 書

研 究 課 題

緩和ケア導入時の家族の精神心理的苦痛の同定と継続的なケアの提供方法に関する研究

所属機関・職 独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター
・心理社会科学室長
研究代表者氏名 小川 朝生



- I 研究の目的・方法
- II 研究の内容・実施経過
- III 研究の成果
- IV 今後の課題
- V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌等）

以上の順序でA4判紙横書（8,000字程度）とする。

I. 研究の目的・方法

【目的】

緩和ケア導入時においては、患者家族の精神心理的苦痛は著しい。進行がん患者の介護者を対象とした有病率調査では5-7%が大うつ病の診断基準を満たし(Buss 2007)、ホスピス入院患者の介護者においては30%に達した(Prigerson 2003)。介護者の精神的苦痛は、介護者のQOLの低下と相関していること(Weitzner, 1999)、介護者の負担は死別後の抑うつ症状と関連すること(Kris 2006)から、患者のみならず介護者に対しても早期からの介入が必要である(Hodges, 2005)。

しかし、家族の精神心理的負担を軽減させることを目指した介入で効果が定まったものは未だにない。主な家族の精神的ストレスに対する介入は、ソーシャルワーカーによる問題解決と患者の症状管理に関連した教育的介入であるが(Walsh 2007, Northouse 2007, Kissane 2006)、わが国においては医療ソーシャルワーカーの主な役割が医療連携と社会資源との連携であり、医学的な対応が困難であることからほとんど実施されていないのが現状である。わが国において適切な緩和ケアを提供するためには、医療的な対応や情報提供を含めた外来での精神心理的ケアの提供体制を明らかにする必要がある。

現在、多くのがん治療は入院から外来へ移行している。外来では診察時での細かな対応や調整をするには人的・時間的な制限があり、対応の不足や遅れがしばしば問題となる。しかし、治療のために頻繁に通院することは、心身ともに負担をかけることにもなる。そこで、今回精神腫瘍科外来において、外来通院中に生じる様々な問題に対する医療的サポートを提供するために、外来における患者家族の精神心理的苦痛とそのニーズの把握、スクリーニングプログラムの実施可能性の検討、電話によるフォローアップ(テレフォンフォロー)を検討することとした。

【方法】

①外来における患者家族の精神心理的苦痛の実態と支援ニーズの把握、スクリーニングプログラムの実施可能性の検討

外来患者に対して、精神症状や社会的問題について、その問題により生じる障害の程度と相談ニーズに関する意向を問う調査票による実態調査をおこない、実態に即したスクリーニングプログラムを構築する。

②外来における多職種協働による電話フォローアップの実施可能性の検討

緩和医療科・精神腫瘍科外来において、医師が密な症状評価、教育的介入が必要と判断された家族に対して、患者・家族の同意を得て外来看護師による電話フォローアップを行う。実施した電話フォローアップの内容を分析し、介入内容(身体症状評価、セルフアセスメントの支援、精神症状評価、家族への教育的指導、社会的支援内容)および介入時間を評価する。

II. 研究の内容・実施経過

①外来における患者家族の精神心理的苦痛の実態と支援ニーズの把握、スクリーニングプログラムの実施可能性の検討

施設の倫理審査委員会の承認を得た後に、外来にて調査を実施した。調査期間は2011年11月28日から12月2日の1週間とし、当施設外来再診患者に対して、精神心理的苦痛に関する調査票を配布した。調査期間内の再診患者は3821名であり、調査票は2026部配布、回収できたのは1955部(回収率96.5%)であった。用いた調査票は、Palliative Care Needs Assessment Guidelines (The Centre for Health Research and Psycho-oncology 作成)のニーズ評価票(SCNS SF-34)をもとに作成した。

調査の結果、外来における患者の精神心理的苦痛は不眠を取り上げた者が530名(27.1%)、抑うつが258名(13.1%)、不安が121名(6.2%)、将来への見通しがたないことの問題は326名(16.7%)であった。同時に、病院による支援に関するニーズを尋ねたところ、支援を希望する患者の比率は、不眠8.3%、抑うつ11.6%、不安10.7%、見通しに関する問題12.3%であった。

外来においては、精神心理的問題は存在するものの、精神心理的問題のみを取り上げて支援を求めるニーズは低いことが明らかになった。家族に対する精神心理的ケアを提供する上で、患者の精神心理的ケアと協働で進める必要があるが、まず患者へのアプローチについて検討する必要性が生じたため、身体的問題、社会的問題を含めたアセスメントからアプローチを図ることとした。上記調査をもとに、SCNS SF-34に加え、EORTC QLQ-C30を参考に計50項目を再度抽出した。抽出した項目を身体症状や精神症状、社会経済的問題、情報に関する事項(病状や治療内容、治療方法に関する情報)に整理をし、腫瘍内科医や精神科医、看護師、相談員を交えたフォーカスグループを開催して項目を修正し26項目にまとめた。

②外来における多職種協働による電話フォローアップの実施可能性の検討

患者・家族に対して適切な精神心理的支援を提供するために、当院におけるテレフォンフォローの記録を検討し、介入内容(身体症状評価、セルフアセスメントの支援、精神症状評価、家族への教育的指導、社会的支援内容)および介入時間を評価し、電子カルテから後方視的に検討した。

当該期間中に患者家族に対してテレフォンフォローを実施した患者は34名であった。対象となったがん患者は、平均年齢61.8歳(45歳~83歳)であり、男性9名、女性25名であった。内訳は、乳がん10名(29%)、肺がん9名(26%)、胃がん4名(12%)、大腸がん3名(9%)、食道がん2名(6%)、その他6名(13%)であり、ステージでは、I期7名(20%)、II期7名(20%)、III期2名(6%)、IV期9名(26%)、再発6名(18%)、そ

の他 3 名 (9%) であった。乳がん、肺がんが多く、進行期だけではなく、早期の患者も対象となっていた。

対象となった疾患は、大うつ病 14 名 (41%)、適応障害 7 名 (20%)、双極性障害 (9%)、パニック障害 (6%)、身体表現性障害 (6%)、認知症 2 名 (6%)、その他 4 名 (12%) であった。大うつ病と適応障害が多く、中でも抑うつ、不安、焦燥感を主訴としている患者が多かった。

テレフォンプォローアップの介入回数は、平均 5.8 回であり、1 回の介入時間は 15 分であった。テレフォンプォローの支援対象は、本人 32 名 (94%)、家族 2 名 (6%) であったが、認知症やせん妄症状がある患者や療養環境の調整が介入目的の場合は本人が対象であっても家族への支援を同時に実施していた。患者の家族構成としては、独居が 7 名 (21%)、2 人暮らし 19 名 (56%)、3 人以上で同居 8 名 (23%) であり、社会支援が薄い高齢者の 2 人暮らしの場合が多かった。

テレフォンプォローの介入目的は、身体症状・精神症状をモニタリングと対応 (31%)、薬物療法への対応 (34%)、生活状況の確認・指導 (29%)、カウンセリング (4%)、療養環境の調整 (1%) であった。身体症状のモニタリングとしては、疼痛、倦怠感、嘔気・嘔吐、呼吸困難、発熱、便秘、下痢の有無などを行っていた。疼痛コントロールへの対応では、痛みの性状や持続時間を直接確認し、コントロールの程度に応じて NSAIDs やオピオイドの効果の説明やレスキューの使用法について指導を行っていた。自宅では本人だけではなく、家族の理解も重要であり、家族に対する服薬指導を実施した。

精神症状の多くは、抑うつや焦燥感、不眠の程度のアセスメントをした。精神症状管理では薬物療法のアドヒアランスを維持・向上させることが最も重要視されるが、今回のテレフォンプォローアップにおいては、内服状況の確認や効果と副作用のモニタリング、内服方法の検討や指導、薬物療法の必要性のアセスメントを行い、精神科医に報告し確認をおこなった上で対応方法を指導した。テレフォンプォローは延べ回数 198 件で、そのうち薬剤の変更を指示した介入が 27 回 (13%) であり、薬剤を中止した場合が 11 件、薬剤の減量が 2 件、薬剤の増量が 4 件あった。内服のアドヒアランスを維持する関わりとして、34 名中薬剤の中止を考えていた場合が 1 名、薬剤を自己判断で中止していた患者が 2 名いたが、内服方法や副作用への対応を説明・指導した結果、テレフォンプォローだけで内服を再開をすることができ、アドヒアランスを維持することができた。緊急を要する判断が求められた状況は 2 件 (1%) あり、受診を繰り上げることで対応できた。

生活指導に関しては、うつ病患者に対して睡眠や休養が確保されているかどうか、生活のリズムを維持できているかを患者家族と確認するとともに、精神症状が軽減するに伴い活動性を上げるための支援を行った。療養環境の調整としては、介護保険の導入に向けた家族への支援、療養環境の意思決定支援があった。

今回のテレフォンプォローアップは多職種で実施し、症例ごとに介入内容を検討しつつ各職種が担った。介入割合としては、看護師 20 名 (59%)、薬剤師 10 名 (29%)、心理士

4名（12％）であった。

看護師は、身体症状・精神症状のモニタリングと対応（33％）、薬物療法への対応（31％）、生活状況の確認・指導（31％）、療養環境の調整（2％）をおこなった。薬剤師は、身体症状・精神症状のモニタリングと対応（31％）、薬物療法への対応（50％）、生活状況の確認・指導（19％）をおこない、心理士は、身体症状・精神症状のモニタリングと対応（21％）、薬物療法への対応（21％）、生活状況の確認・指導（29％）、カウンセリング（29％）をおこなった。看護師は、主に身体症状、精神症状のアセスメント、薬物療法・生活状況の確認といった包括的なマネジメントを担当し、身体症状や精神症状の変化に合わせた早急な療養環境の調整が想定される場合には、ハブとして外来チーム医療の中継を担った。薬剤師は薬物療法の開始時期、あるいは変更時期など薬物療法に伴う有害事象管理・対応を中心とし、身体症状・精神症状の評価、生活状況の確認・指導を行った。心理士は禁煙指導など行動療法的な介入を主たる目的とし、精神症状の評価と対応を行いつつ、生活への指導を行った。

統計的なデータにはでないものの、テレフォンフォローを行った患者や家族より「病院とつながっている感じがした」、「電話がかかってくると思うと安心できた」、「家で症状への対応の判断をしなければいけない時に一緒に考えてくれて助かった」という反応があり、生活指導のみならず、患者や家族への情緒的なサポートにもなっていたとうかがえる。

III. 研究の成果

①外来における患者家族の精神心理的苦痛の実態と支援ニーズの把握、スクリーニングプログラムの実施可能性の検討

今回、緩和ケアの外来への展開を考え、外来における患者家族への精神心理的ケアの提供方法を開発することを目的に研究を実施した。まず、外来における精神心理的問題の存在を検討したところ、不眠や抑うつ、不安などの精神心理的苦痛が存在すること、しかし、通常の支援に関してのニーズは概して低く 10%程度に留まることが明らかになった。一般に入院においては、症状緩和に対するニーズは情報提供に応じて高くなる。今回外来において入院と異なる結果となった背景には、外来では抗がん治療中の場合が多いこと、そのため身体・精神症状を通して入院患者ほど重篤なケースは少なく、ニーズに反映されなかったことが考えられる。

②外来における多職種協働による電話フォローアップの実施可能性の検討

テレフォンフォローの対象者の特徴としては、進行期だけではなく早期の患者も対象となっており、外来においては終末期に限らず早期から継続的な心理社会的支援が必要とされている。診断としては大うつ病、適応障害が多かった。特に不安、焦燥感がある場合においては、外来診察時の1度の症状の評価や指導だけでは細やかな症状に応じた生活指導や服薬指導が難しいが、テレフォンフォローによって評価と対応を行うことは早期からの

細やかな介入が行え、アドヒアランスの向上につながっていると考えられた。また、独居や 2 人暮らしなど、サポートが少ない場合はテレフォンプォローが行われているケースが多く、社会資源が乏しい症例（老老介護や認知介護など）でもテレフォンプォローは効果的な介入方法であると考えられた。

テレフォンプォローの内容としては、精神症状の評価・対応だけではなく、身体症状の評価と対応、薬物療法のモニタリングを行い、セルフアセスメントの評価としてアドヒアランス向上のための指導や教育、生活状況の確認・指導が求められていた。

精神症状に関しては、主たるモニタリングは抑うつ・不安・焦燥感の症状であるが、あわせて睡眠状況、食欲や食事摂取量などを評価した。薬物療法においては効果や副作用のモニタリングにおいて薬物療法の変更や減量・中止の必要性の判断、より効果的な頓服薬の使用法や定時内服の時間の検討、患者や家族が内服についてどのように捉えているかを踏まえて指導を実施した。指導のポイントは、起こりやすい副作用や出現しやすい時期を説明することであり、その説明により内服の継続につながった場合もあった。

家族への指導やサポートを行うには、家族構成、家族の生活状況、患者との関係性を把握した上で、家族自身のニーズへ対応する必要がある。家族としては症状出現時にどのように対応したらいいか迷っている場合もあり、家族からの対応方法を検討し指導をする視点が重要であった。また、家族が患者本人のためと思っている対応が患者にとって負担となっている場合もあり、家族の思いを聞いた上で相互調整を図ることも必要であり、多角的な視点から介入を考える必要があった。

上記のように身体症状、精神症状、薬物療法や生活指導など包括的アプローチが必要であり、そのためにはがん治療の方針、療養環境についての情報を患者・家族・医療者間で共有していく必要がある。そのためには、精神科医だけでなく、主治医や患者に関わる医療者間の連携が鍵となる。本研究においてはテレフォンプォロー担当者が中心となりマネジメントしたが、今後はいつどのように情報共有をしていくかは、今後の緩和ケアの外来を展開する上で、人的、システム両面で課題となろう。テレフォンプォローを行う医療者には、身体症状・精神症状の評価、薬物療法についての知識を持ち内服方法が検討でき、生活状況のアセスメント、指導を行えることが望まれる。定期的な多職種カンファレンスを持ち、フィードバックを受けるような支援体制も構築することが質の担保につながると考えられた。

テレフォンプォローは薬剤師、看護師、心理士によって行われた。精神症状・身体症状の評価し、本人、家族への支持的な支援はどの職種でも共通して行っていたが、職種によるサポートの違いもあり、各職種の役割を明確にするとともに、協働する上での問題点を明らかにすることも課題である。具体的には、各職種ごとの教育の整備と、テレフォンプォローの内容に関するスーパーバイスを通じた教育体制・情報共有のあり方、評価の仕方も明らかにする必要がある。

IV. 今後の課題

今後外来においては、入院と同等の個別の症状スクリーニングは効果が上がる可能性は少なく、包括的なアセスメントを定期的に行い、個別の問題を抽出するような制度的な対応が考えられる。事実米国では、がん医療はオンコロジークリニックを中心とした外来治療が中心となっている。外来においては、心理療法士やソーシャルワーカーを常駐させるだけの経済的な余裕がないクリニックが多いこと、多忙な日常診療の中で精神心理的問題を抱えた患者を認識することが困難なこと、在宅療養に移行した結果、療養生活を支える家族の身体的精神的負担が増したことが問題としてあげられている。NCCN を中心に distress に対するスクリーニングシステムも提案されているが、加盟施設でも実施率は 30% 程度と高くはない。この状況で、2005 年にアメリカ連邦議会は、national Institute of Health (NIH) に予算を計上し、外来がん診療において心理社会的サービスにアクセスするバリアの調査をおこない、IOM では精神心理的支援の定義から再構築をおこない、精神心理的ケアの提供モデルを提示している。このモデルでは、

1. 基本的な医療者-患者間の良好なコミュニケーション

良好なコミュニケーションとは、治療関係を促進する、情報交換、情緒的に応答する、不確実な内容をマネジメントする、意思決定を行い、セルフマネジメントを促進する関係を構築する

2. 精神心理的ケアのニーズを把握する

忙しい外来の場面においては、簡易なスクリーニング(ultra-short)をおこない、スクリーニングが陽性の場合に 2 段階目として医師やソーシャルワーカーからより詳細な評価をおこなう。

3. ケアプランを作成する

治療・ケアとの連携をとった治療プランを作成する、情報提供と情緒的サポート、患者が疾患や治療をマネジメントをすることを支援する、

ことが提言されている。わが国においても、スクリーニングから直接紹介をするシステムではなく、プライマリ・チームにおけるアセスメントと紹介ができる体制を目指した緩和ケア外来が構築できるか、検討を進めることが重要である。

V. 研究成果等の公表予定

2011 年 9 月 29 日に第 24 回日本サイコオンコロジー学会総会において示説として発表した。