

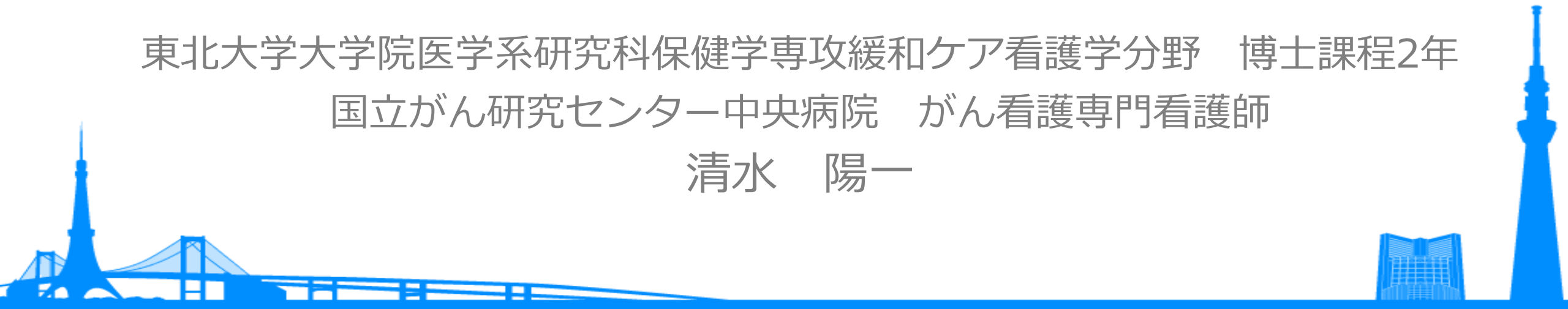
第22回日本緩和医療学会学術大会 シンポジウム18  
「看護ケアの最新エビデンスup to date」

# 精神症状に関する看護ケア のUp to date

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野 博士課程2年

国立がん研究センター中央病院 がん看護専門看護師

清水 陽一



# 第22回日本緩和医療学会学術大会 COI 開示

演題名：精神症状に関する看護ケアのup to date  
発表者名：清水陽一

演題発表内容に関連し、  
発表者及び研究責任者には、  
開示すべきCOI 関係にある企業等はありません。

# 本日の内容

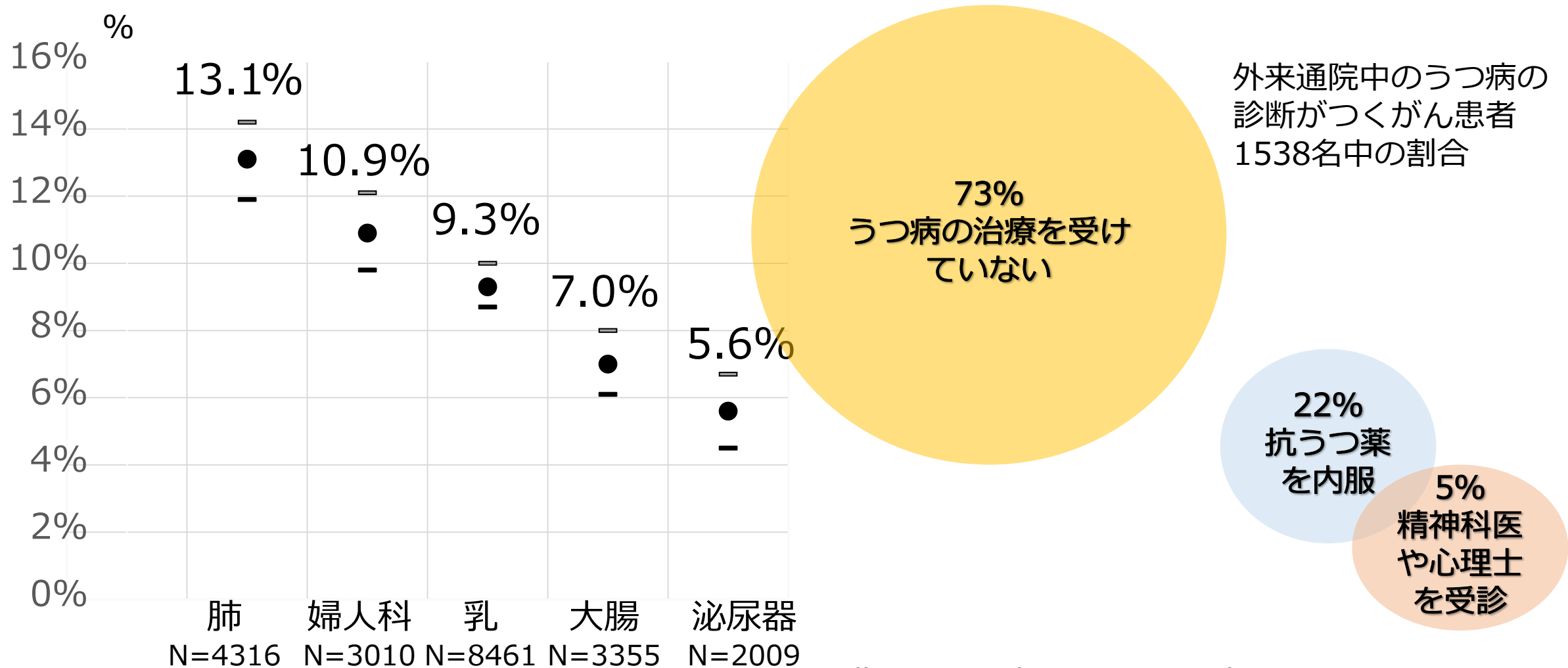
- 抑うつや不安

- せん妄

- 複雑性悲嘆

抑うつと不安

# 大うつ病と診断可能ながん患者が適切な治療を受けていない可能性がある



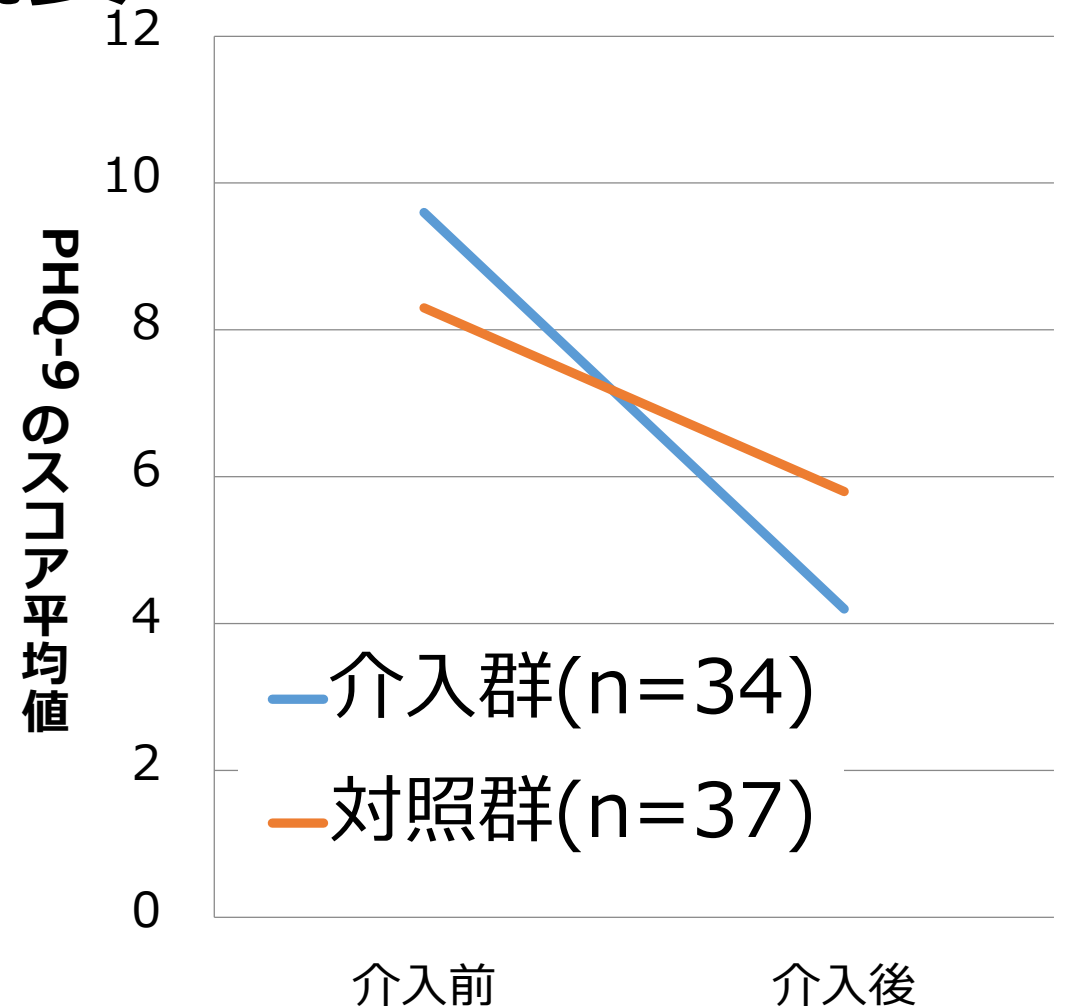
# 看護師による介入が一番、患者に受け入れられやすい

- 心理的なサポートを行うような介入研究をシステムチックレビュー
- 各研究の同意割合や完遂した割合を比較
- どういった支援が患者に受け入れやすいかを検討

受け入れられやすい介入(完遂率)	受け入れにくい介入(完遂率)
予めスクリーニングした対象(66.3%)	全員を対象(50.3%)
電話による支援(71.2%)	対面による支援(53.8%)
治療開始前から(72.9%)	治療開始後から(56.8%)
<b>看護師による(68.3%)</b>	<b>看護師以外による(50.5%)</b>

# 精神看護専門看護師による個別面談の効果に関するRCT:結果概要

- 対象：造血器腫瘍あるいは肺癌の診断を受け、化学療法目的で入院した患者で、PHQ-9で5～14点(軽度～中程度)であった患者
- 介入群：ケアパッケージによる面接
- 対照群：うつへの対処に関するパンフレットの配布
- 結果：両群ともに介入前後で抑うつ症状は改善したが、介入群の方が改善の度合いが強かった



# 精神看護専門看護師による個別面談の効果に関するRCT：介入内容

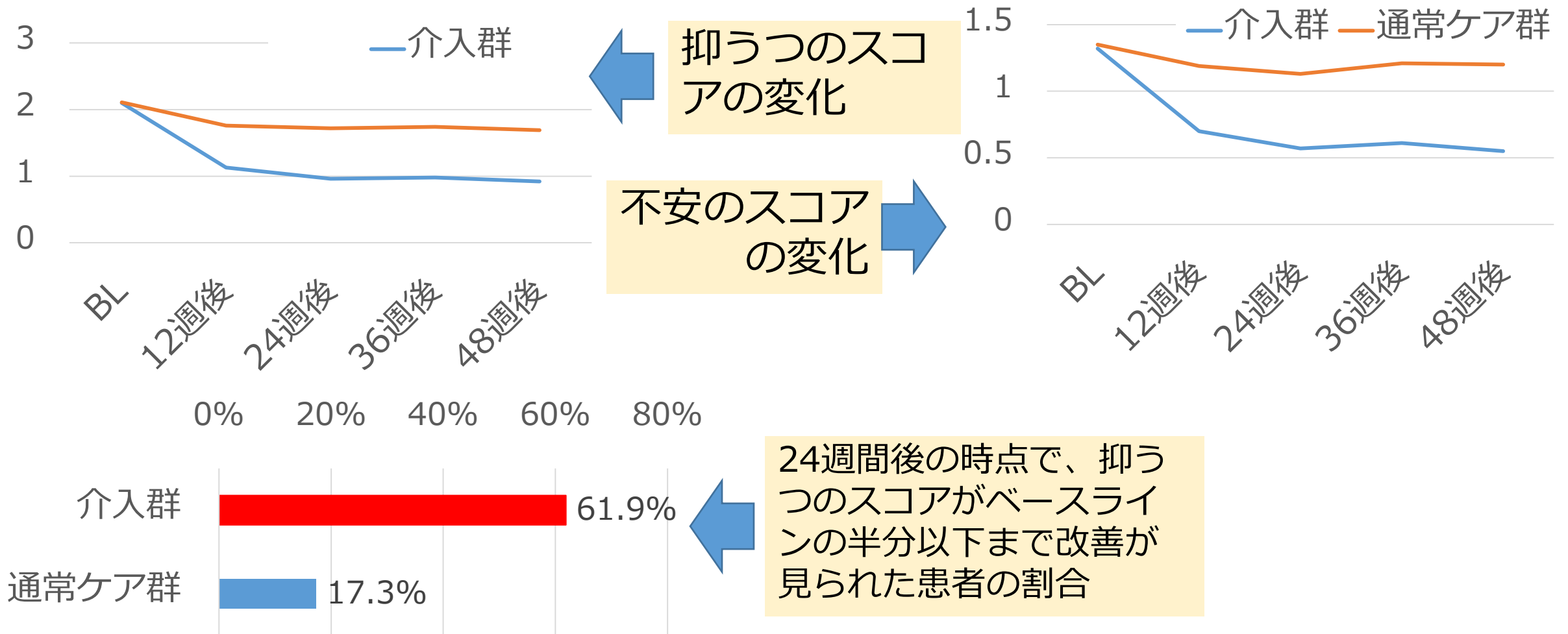
介入時期	中心テーマ	介入内容
1週目前半	1) 患者と信頼関係を築く	関心を示す、傾聴、共感、受容的態度 等
	2) 包括的アセスメントによる問題の整理	①抑うつの要因の探索、②日常生活上の問題の評価、③心理社会的問題の評価、④薬剤の必要性の評価、⑤自殺リスクの評価 等
	3) 目標の共有	面接目標の共有
	4) 精神科薬物療法の理解	薬物療法の必要性がある場合は、アドヒアランスを高めるための支援 等
1週目後半	5) 抑うつ状態と対処方法の理解	①パンフレットを用いた心理教育、②生活上の問題に対する対処法に関する心理教育、③リラクゼーション法について 等
2週目前半	6) 抑うつ状態への具体的対処方法の検討	ストレスと心身の反応の関係について、認知の傾向と現在の行動や対処、気分の関係について、セルフケア方法について、話し合い、実現可能な計画を考える 等
2週目後半	7) 対処スキルの強化	肯定的なフィードバックなど
	8) 面接の終結	継続が必要なら2-3回の面接を追加、不要なら全体の振り返りをして終了



# 大うつ病のがん患者を対象とした看護師 主導の多職種協働支援プログラム：概要

- 対象：大うつ病のエピソードが4週間以上継続しているがん患者
- 介入群(n=253)：看護師主導で行う看護師、精神科医、腫瘍医、家庭医の協働支援プログラム
- 通常ケア群(n=247)：GPと腫瘍医には大うつ病であることを知らせ、患者にはうつ病の治療は家庭医に相談するように伝える
- 抑うつと不安の尺度：
  - SCL-20 depression score, SCL-10 anxiety score
- 結果：介入群においてより改善が見られた(次ページ)

# 大うつ病のがん患者を対象とした看護師主導の多職種協働支援プログラム：結果



# 大うつ病のがん患者を対象とした看護師 主導の多職種協働支援プログラム：概要

介入の概要	具体的な内容
<p>トレーニングを受けた看護師による介入</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1～4を4か月間、最大で10回まで繰り返し行う(対面もしくは電話)</li><li>8か月間フォローし、必要であれば追加セッション(電話)</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 患者と信頼関係を構築</li><li>2. 大うつ病とその治療に関する情報提供</li><li>3. エビデンスに基づいた心理的介入(問題解決技法、行動療法)の提供</li><li>4. 患者の心理状態(大うつ病の程度等)を確認</li><li>5. 月毎に精神科医と症例検討とVTRでセッションの振り返りを行う(スーパーバイズ)</li></ol>
<p>精神科医によるスーパーバイズ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>改善困難事例のみ直接面談</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 看護師への助言、月ごとのスーパーバイズ</li><li>2. 主治医に家庭医に抗うつ薬の処方を助言</li><li>3. 改善がなければ直接、面談</li></ol>

# Take Home Message (抑うつや不安)

- 大うつ病の診断基準を満たすがん患者が10%程度は存在する
  - うつ病に対する治療を受けていないがん患者が多い(7割以上)
  - 看護師による支援は、患者は受け入れやすい傾向にある
  - 看護師主導での支援により、抑うつや不安の改善が見られる
- 
- 限られた医療資源の中で、適切な治療が提供されるような仕組みづくりが必要であり、看護師はその中で重要な役割を担っている(担えるポテンシャルがある)

せん妄

# 終末期せん妄に対するハロペリドール、 経口リスペリドンとプラセボのRCT

- 対象：入所ホスピスもしくは緩和ケアサービスを2008年8月から2014年4月の間に利用した終末期患者のうち、軽症以上のせん妄の出現がある患者
- 使用薬剤
  - 経口リスペリドン vs 経口ハロペリドール vs 経口プラセボ(液体)
  - 苦痛症状が強い場合はミタゾラムを適宜使用。
  - 12時間ごとに72時間使用
- 主要評価項目：NuDESCのベースラインと72時間後のスコアの差
- 結果：リスペリドン、ハロペリドール共に、プラセボ群よりせん妄の重症度が高く、副作用も強かった (次ページ)

# 終末期せん妄に対するハロペリドール、 経口リスペリドンとプラセボのRCT

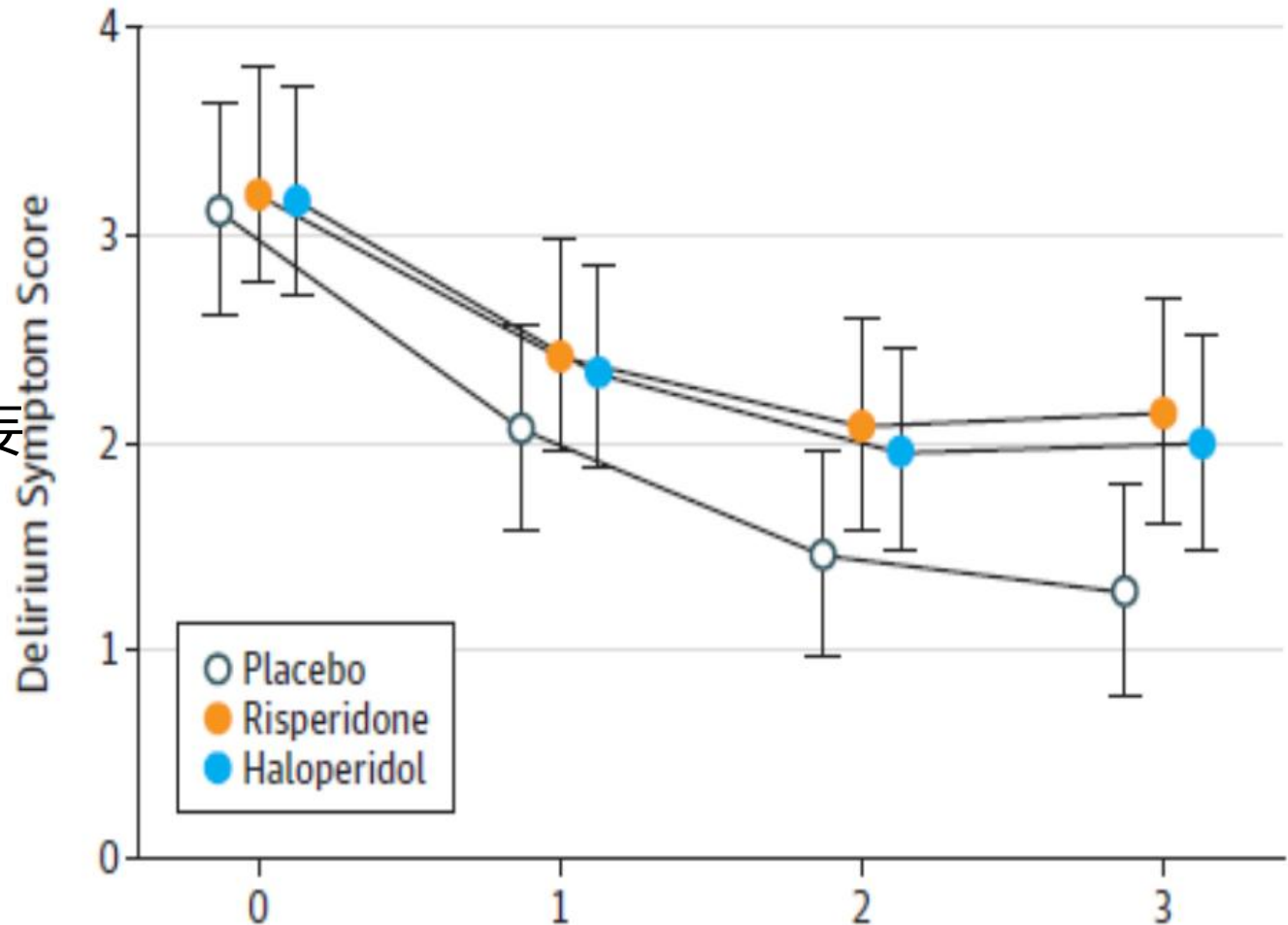
## リスペリドン群

- プラセボ群よりせん妄症状のスコアが高い (0.48点、 $P=0.02$ )

## ハロペリドール群

- プラセボ群よりせん妄症状のスコアが高い (0.24点、 $P=0.009$ )

強い  
↑  
せん妄  
↓  
弱い



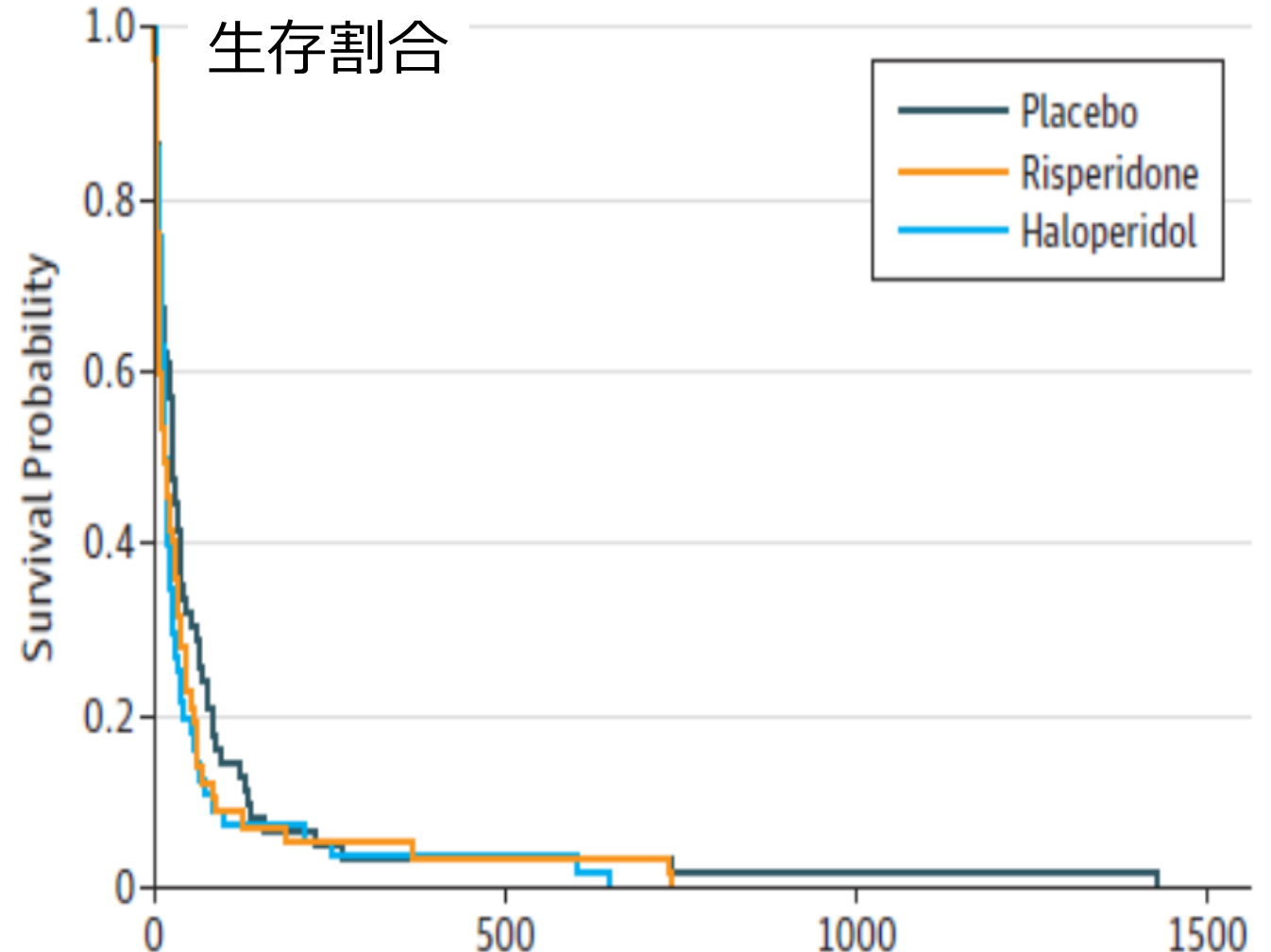
# 終末期せん妄に対するハロペリドール、 経口リスペリドンとプラセボのRCT

副作用：

- プラセボと比較して、リスペリドン群やハロペリドール群の患者は錐体外路症状が多い（リスペリドン  $P=0.03$ 、ハロペリドール  $P=0.01$ ）

生存期間：

- ハロペリドール群はプラセボ群より生存期間が有意に短かった（ハザード比1.73、 $P=0.003$ ）
- リスペリドン群はプラセボ群と有意な差はなかった（ハザード比 1.29  $P=0.14$ ）



Agar MR, et al. JAMA intern Med 2017, 177(1): 34-42.



# 終末期せん妄に対するハロペリドール、 経口リスペリドンとプラセボのRCT

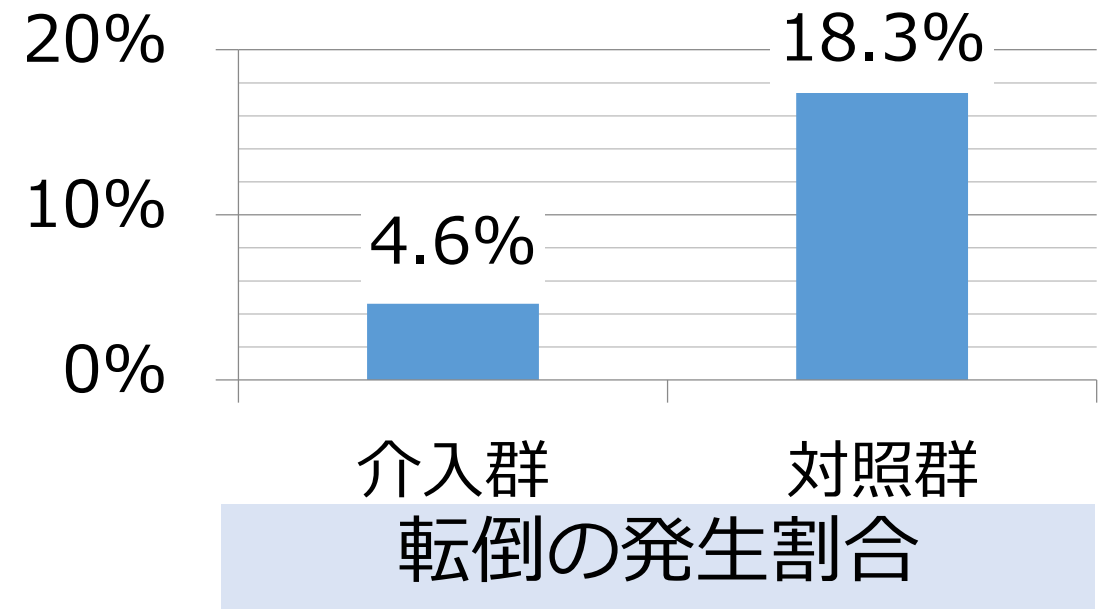
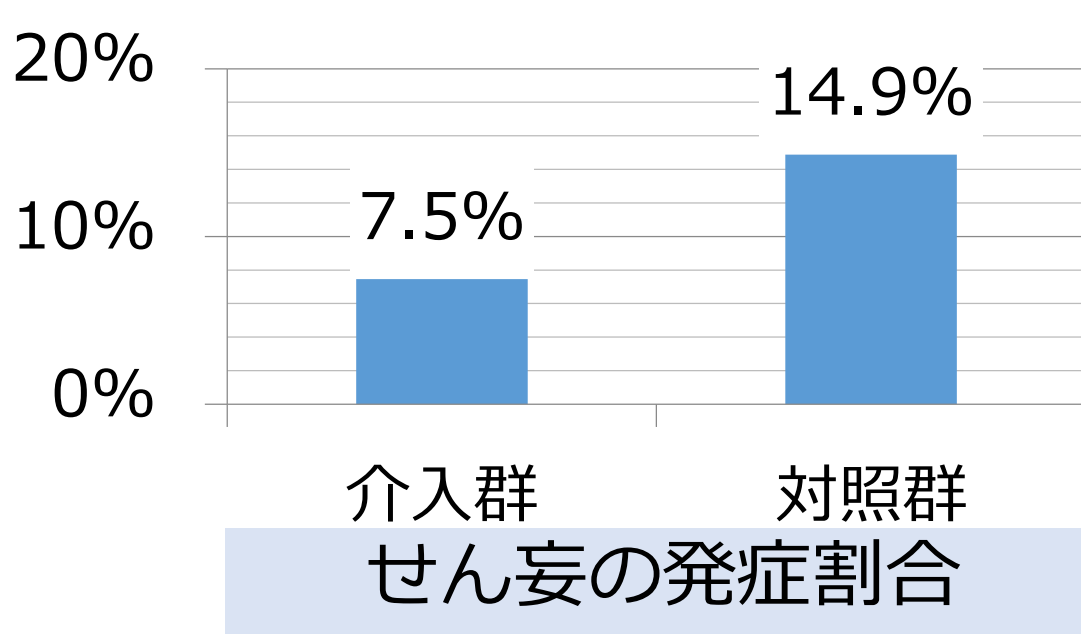
## • 解釈上の留意点

- 参加したせん妄患者は軽症の患者がほとんどだった
- 重度のせん妄の患者さんにこの結果はそのまま適用できない
  - 重度の患者には抗精神病薬が有効である可能性は否定できない
- 薬剤の介入期間は3日間だったので、それがその後の全生存期間に影響を与えたかはわからない
- せん妄の改善にはもう少し日数が必要なことも多く3日目の症状で評価することが適切ではない可能性
- 別の先行研究で、サンプルサイズが小さいが、不穏状態に対してはハロペリドールやリスペリドンが有効だという報告あり (Cochrane Review, 2016)

軽度から中程度の終末期せん妄に対しては安易に抗精神病薬を使用することは避けた方が良くかもしれない

# せん妄に対する複合的・非薬物療法の介入効果のメタアナリシス

- 1999年～2013年に発表された論文を、検索エンジン (PubMed、Google Scholar等) で検索し、14個の論文が同定
  - 各論文のアウトカム：せん妄の発症割合、転倒、入院日数、再入院の有無、身体機能や認知機能



# せん妄に対する複合的・非薬物療法の介入効果のメタアナリシス

要因	支援の方向性	具体的な内容
認知機能障害	<ol style="list-style-type: none"> <li>見当識の支援</li> <li>認知機能を刺激する活動</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>カレンダーを置く等</li> <li>現状に関する会話、ゲーム 等</li> </ol>
睡眠不足	<ol style="list-style-type: none"> <li>非薬物的な不眠への支援</li> <li>睡眠を促すような環境づくり</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>寝る前にリラクゼーション法、温かい飲み物を飲む 等</li> <li>静かな環境を作る、日中の活動性を上げリズムを作る等</li> </ol>
動けない	<ol style="list-style-type: none"> <li>早期離床支援</li> </ol>	定期的な歩行や運動、可動域訓練、膀胱留置カテーテル等の利用は最小限に
視覚障害	<ol style="list-style-type: none"> <li>視力支援</li> </ol>	眼鏡の使用、文字の表示を大きくする 等
聴覚障害	<ol style="list-style-type: none"> <li>聴覚支援</li> </ol>	補聴器、コミュニケーション(筆談等)の工夫 等
脱水	<ol style="list-style-type: none"> <li>脱水の早期発見と予防</li> </ol>	飲水を促す、兆候から脱水に早く気付く 等

# Take Home Message (せん妄)

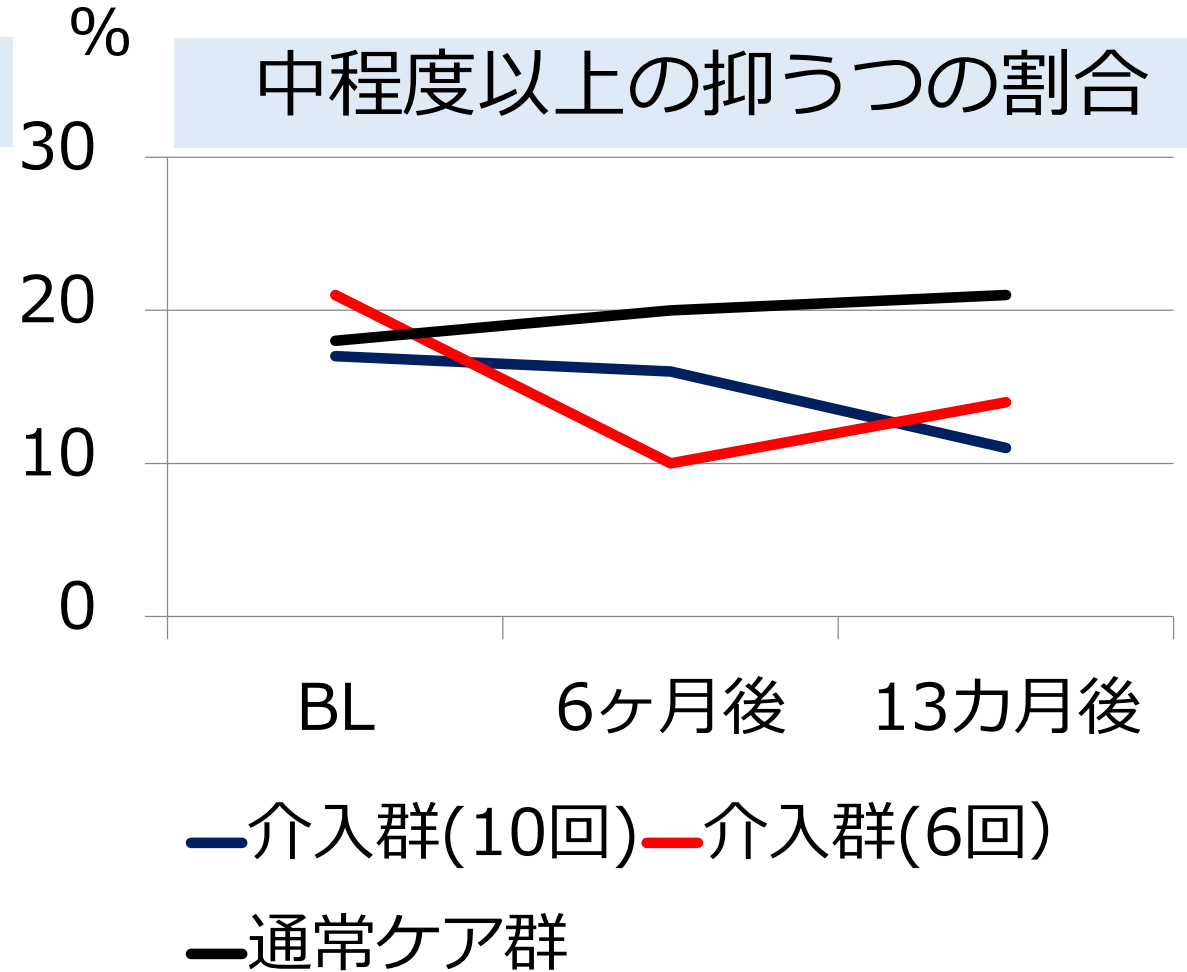
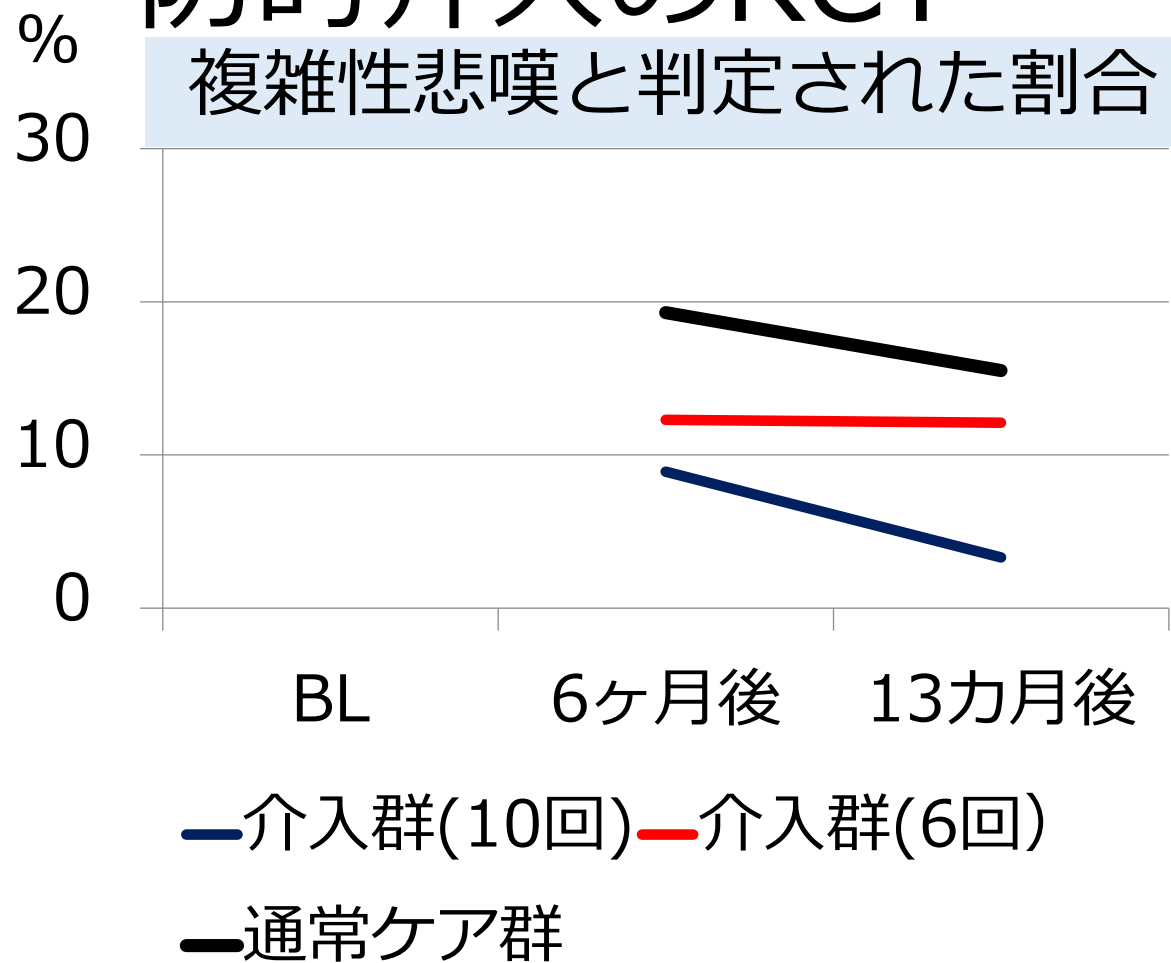
- エビデンスレベルの高いせん妄に対する支援は、複合的・非薬物療法、すなわち、看護支援
- 抗精神病薬による薬物療法(セレネースやリスパダール等の使用)は臨床でよく使用されているが、エビデンスは確立していない
  - 2017年のAgarらの報告より、終末期の軽度のせん妄への安易な使用は再考が必要

複雑性悲嘆・死別後のうつ

# 家族療法による死別後の複雑性悲嘆の予防的介入のRCT

- 対象：予後が1年未満と予想されるがん患者のうち、以下の条件に添う家族(本人＋家族介護者)
  - 12歳以上の子どもが1人以上
  - 家族機能が悪い(FRIという尺度でスクリーニング)
  - 家族構成員が3名以上
- 介入群：6回or10回のセッションで構成された構造的な家族療法
- 通常ケア群：いつも通りのケア
- 評価項目：死別後の複雑性悲嘆尺度(CGI)、抑うつ尺度 (BDI-II)
- 結果：複雑性悲嘆に対して効果があったが、抑うつについては効果が認められなかった (次のページ)

# 家族療法による死別後の複雑性悲嘆の予防的介入のRCT



# Take Home Message (複雑性悲嘆・死別後のうつ)

- 家族機能が悪く複雑性悲嘆のリスクが高い家族に対する構造化された家族療法は有効
  - 家族機能は家族の精神的苦痛や死別後の複雑性悲嘆に関連するため、家族機能が悪い（葛藤性が高い、凝集性が低い、表出性が低い）家族に対しては、家族を含めた支援を行うことが必要

## 全体を通してのTake Home Message

日々の実践を見つめ直し、先行研究で明らかにされているエビデンスと照らし合わせた時に、何ができていて何が出来ていないのか、何が分かっているのか、何が分かっていないのか、吟味し、  
日々のケアや知識を一つ一つ見直していくが大切



# ご清聴ありがとうございました



J-SUPPORTで検索

## 臨床試験の支援グループ

### 領域

1. 新規開発
2. 支持療法・緩和ケア
3. 心理社会・行動介入
4. 研究方法論
5. 実態把握・普及