

# 在宅がん患者の精神症状と 対応の実態に関する研究

小早川 誠\*

## サマリー

がん患者が亡くなる前1カ月の間に在宅療養中で生じた不眠・せん妄症状・希死念慮について遺族を対象に質問紙調査を施行した。

532件の有効回答を得た。がん患者の不眠は65%、せん妄症状は20～30%、希死念慮は27%であった。一方、介護をしていた家族の在宅療養期間における精神症状についても調査し、介護者で週1日以上不眠があったという回答は60%、週1日以上抑うつがあったという回答は35%であった。介護者の精

神症状は、配偶者であること、患者の精神症状があること、介護者の健康状態が悪いことが有意な関連要因であった。患者の精神症状に対し、精神科医・心療内科に相談していた割合は11%、相談しなかったと回答した割合は11%であった。介護者の気持ちの支えになったことの質問に、往診の医師や看護師、他の家族の助けという回答が多かったが、親戚やケアマネジャーの助け、ほかに患者本人のがんばりや患者とのコミュニケーションという回答もあった。

## 目 的

終末期がん患者の70%以上は死が近づくにつれて、臓器不全に伴う脳機能の全般的低下を経験し、高頻度でせん妄を生じることが報告されている。せん妄は在宅療養の継続を困難にさせる要因の1つであり、せん妄のために在宅で鎮静が行われることも少なくない<sup>1)</sup>。また日本の在宅診療所を対象に行われた調査では、せん妄と同様にがん患者の「希死念慮の訴え」が在宅療養で困らない

と回答したものは18～28%であった<sup>2)</sup>。終末期がん患者の希死念慮の頻度について、緩和ケア病棟への入院のために受診した患者で初診時は8.6%、その後症状の進行とともに38.6%に増えた<sup>3)</sup>という報告がある。在宅療養での頻度は明らかになっていないが、希死念慮も在宅療養を継続するうえで支障となっていることが少なくないと推定される。これらの精神症状を経験した時、介護者の主体である家族もなんらかの精神的苦痛を感じる<sup>4)</sup>ことが考えられる。アメリカの在宅療養を行った

\*広島大学病院 精神科・緩和ケア部門（研究代表者）

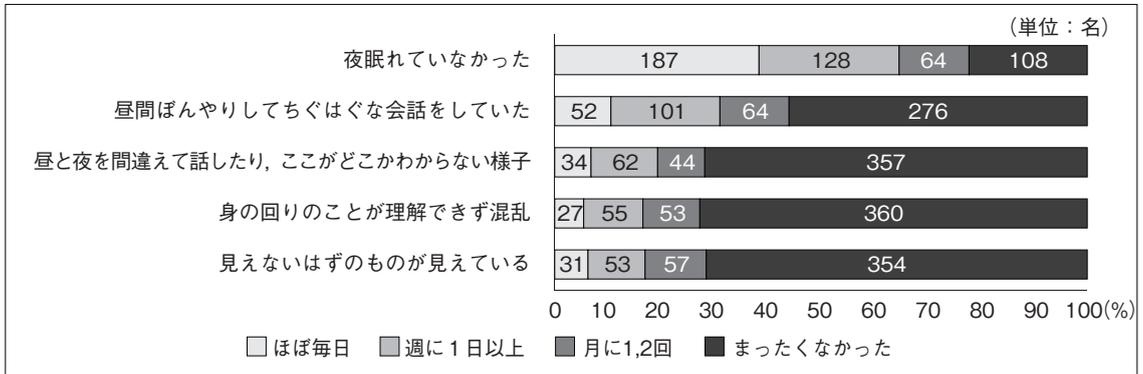


図1 亡くなる前1カ月の患者の不眠およびせん妄症状

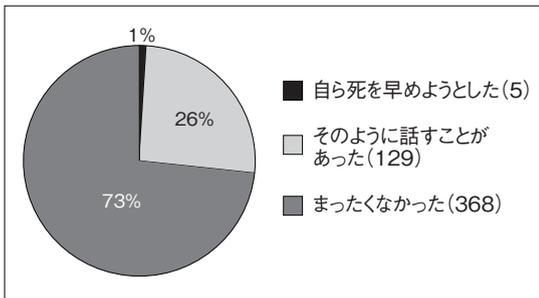


図2 亡くなる前1カ月の患者の希死念慮の訴え

がん患者の調査で、介護者が患者のせん妄症状(confused, delirious)を高頻度で経験した時に介護者の不安障害のリスクが高くなる可能性が示唆されている<sup>5)</sup>。ただ対象者には治療中のがん患者も含まれており、死期の近いがん患者に結果をあてはめることはできない。また終末期がん患者の希死念慮については、在宅療養での頻度、家族への影響ともに明らかになってはいない。

以上より、全国規模の遺族集団を対象として、患者の亡くなる前1カ月の不眠、せん妄症状、希死念慮がどの程度認められたか、介護者がどのように患者の不眠、せん妄症状、希死念慮に対応したか、介護者の精神的負担に関する要因および負担軽減のために支えになる要因を調査し、支援方法を開発するために探索的検討を行うことは意義があると考えられる。

本研究の目的は、1) 介護者からみた終末期がん患者の不眠、せん妄症状、希死念慮の訴えの頻

度、2) 介護者の精神的負担に関する要因および負担軽減のために支えになる要因を検討することである。

## 結果

22カ所の在宅クリニックが診療した患者の遺族776件に質問紙を郵送し、582件の回答があった。在宅療養期間の平均は、76.5(標準偏差179.1)日、患者が死去後回答が返送されてくるまでの期間は、平均421.9(標準偏差230.3)日であった。うち、50件は回答拒否の意向があり、532件の有効回答を得た(回答応諾率68%)。無回答、回答拒否、回答応諾の背景について、患者の年齢・性別・がん部位での有意差はなかった。

### 1) 亡くなる前1カ月の患者の精神症状(図1, 2)

在宅療養中で患者が亡くなる前1カ月の間に不眠とせん妄の症状および希死念慮の訴えがなかったかを調査した。

不眠とせん妄の各症状については、ほぼ毎日あった、週に1日以上あった、月に1,2回あった、まったくなかった、の4つの選択肢で質問した。希死念慮については、自ら死を早めようとした、そのように(死にたい・早く死ねたら等)話すことがあった、まったくなかった、の3つの選択肢で質問した。

①不眠:「夜眠れていなかった」の質問に487の有効回答があり、うち315件は週1日以上不眠

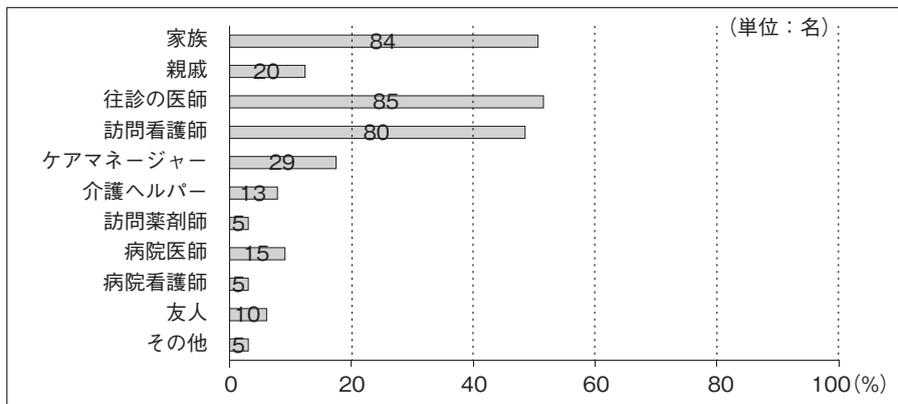


図3 患者の精神症状について精神科・心療内科医以外の相談相手 (165人, 複数回答)

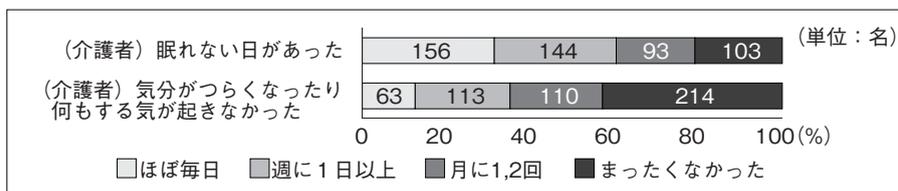


図4 在宅療養中の介護者の不眠と抑うつ

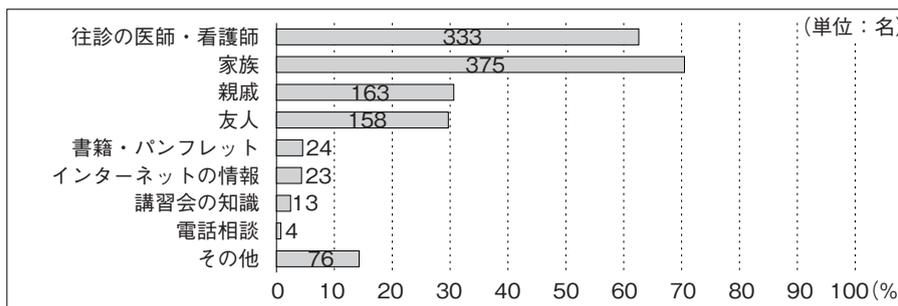


図5 介護者の気持ちの支え (532人, 複数回答)

があったという結果であった。頻度は65% (95%信頼区間: 60~69%)であった。

②せん妄症状1:「昼間ぼんやりしてちぐはぐな会話をしていた」の質問に493の有効回答があり,うち週1日以上症状があったのは153件 [31% (95%信頼区間: 27~35%)]であった。

③せん妄症状2:「昼と夜を間違えて話したり,ここがどこかわからないような様子だった(失見当識)」の質問に497の有効回答があり,うち週1日以上症状があったのは96件 [19% (95%信

頼区間: 16~23%)]であった。

④せん妄症状3:「身の回りのことが理解できず混乱しているような様子だった」の質問に495の有効回数があり,うち週1日以上症状があったのは82件 [17% (95%信頼区間: 13~20%)]であった。

⑤せん妄症状4:「見えないはずのものが見えているようだった(幻覚)」の質問に495の有効回答があり,うち週1日以上症状があったのは84件 [17% (95%信頼区間: 14~20%)]であった。

⑥希死念慮の訴え:「生きていても仕方がない」

「早く死なせてほしい」「本当にしようとは思わないが自ら人生を終わらせたいと思うことがある」などと話されたことは？ の質問に対し、502件の有効回答があった。まったくないという回答は368件で、そのように話すようなことがあったのは129件、5件は自ら死を早めようとする回答であった。希死念慮があったのは134件〔27%（95%信頼区間：23～31%）〕であった。なお、このうち131件が精神科・心療内科等の専門家に相談したかの質問に回答し、16件が専門の医師に相談していた。さらに相談しなかった115件のうち、専門の医師に相談しなかったと答えたのは14件であった。

⑦前記①～⑤までで週1日以上のある症状があったもの、および⑥希死念慮があったものの頻度は有効回答480件中308件〔64%（95%信頼区間：60～69%）〕であった。そのうち、精神専門の医師に相談できたのは33件〔11%（95%信頼区間：7～14%）〕であった。専門の医師に相談しなかったと回答した275件中、236件から得られた回答では、精神専門の医師に相談しなかったかの問いに27件〔11%（95%信頼区間：7～16%）〕が「そう思う」と回答した。同様に「どちらでもない」が87件〔37%（95%信頼区間：31～43%）〕、「そう思わない」が122件〔52%（95%信頼区間：45～58%）〕であった。実際に患者の精神症状があって精神科医・心療内科医等の専門家に相談をした件数と相談を希望した件数を合わせると、308件中60件〔19%（95%信頼区間：15～24%）〕であった。

⑧精神症状について精神科医・心療内科医に相談しなかったが、誰に相談したかの問いに165件の有効回答が得られた（図3）。家族、往診の医師、訪問看護師に相談していたという回答が半数近くを占め、次いでケアマネージャーが20%弱であった。

## 2) 在宅療養中での介護者の不眠および抑うつ （図4）

在宅療養期間での介護者の不眠と抑うつについ

て調査した。患者を自宅でみていた時、介護をしていた回答者が眠れない日がどの程度あったか、あるいは気持ちがつらくなったり何もする気が起きなくなったりはなかったか、そのための服薬および精神科医等の受診について質問した。

①介護者の不眠：496の有効回答があり、うち週1日以上眠れなかったと回答したのは300件〔60%（95%信頼区間：56～65%）〕であった。不眠で薬を服薬していたのは68件、専門の医師に受診をしていたのは19件であった。

②介護者の抑うつ：500の有効回答があり、うち週1日以上抑うつ症状があったと回答したのは176件〔35%（95%信頼区間：31～39%）〕であった。抑うつのために薬を服薬していたのは28件、専門家にかかっていたのは20件であった。

## 3) 介護者の支えについて（図5）

在宅療養中に患者を介護していくうえで、どんなことが気持ちの支えになったのか複数回答形式で調査した。532件の有効回答が得られた。家族の支え、往診の医師や看護師からのアドバイスという回答が60～70%と多く、親戚や友人の支えという回答も30%程度あった。パンフレットや講習会、インターネットなどの情報については少数であった。その他の内容には、ケアマネージャーという回答や、患者自身の頑張りや笑顔、患者とのコミュニケーション、患者を自分が看取るという気持ちが支えになったという回答もあった。

## 4) 在宅療養中の介護者の不眠および抑うつに 関連する要因

患者の精神症状に対して行われた医師および看護師の対応や、介護者の気持ち、在宅療養中の患者や介護者の状況について数項目の質問を行い、さらに患者の精神症状の有無、介護者の性別、年齢、患者と介護者の関係等既存の報告で関係性を示唆されている事項を列挙し、介護者の精神症状との関連の有無を単変量解析により検討した（表1, 2）。

介護者の不眠に関する要因として単変量解析で

表1 介護者（回答者）が在宅療養中に経験した不眠に関する要因（単変量解析）

要因	全回答 N (%)	週1日以上 不眠あり N (%)	オッズ比	95% CI	#p
介護者（回答者）が女性／Ref：男性	358 (73)	229 (78)	1.78	1.18-2.66	0.005
介護者（回答者）が配偶者／Ref：配偶者以外	259 (53)	168 (57)	1.52	1.06-2.20	0.024
介護者（回答者）の最終学歴が高校以上／Ref：中学まで	435 (89)	263 (90)	1.09	0.61-1.94	0.78
在宅療養中の介護者の体の状態が「よくなかった」「非常によくなかった」／Ref：「よかった」「まあまあだった」	100 (20)	78 (26)	2.81	1.68-4.70	<0.001
最後の療養時に患者の介護を代わりにしてくれる人がいなかった／Ref：いた	127 (26)	90 (93)	1.93	1.25-2.98	0.003
亡くなる前1カ月間に患者にいずれかの精神症状がある／Ref：患者の精神症状はなかった	365 (74)	265 (90)	8.04	5.04-12.81	<0.001
（精神症状への対応1）症状は夜に強かったが、医師や看護師の日中の訪問中は症状が軽いのでわかってもらえなかった／Ref：わかってもらえた	32 (10)	25 (14)	2.75	1.15-6.57	0.019
（精神症状への対応2）あなたは何もできない気持ちで無力感や自責感を感じた／Ref：そのようなことはなかった	126 (40)	93 (49)	2.82	1.73-4.59	<0.001
（精神症状への対応3）往診の医師や看護師に症状のことを話しても解決しなかった／Ref：解決した	32 (10)	23 (13)	1.88	0.84-4.21	0.12
（精神症状への対応4）往診の医師や看護師の助言で十分対応できた／Ref：そのようなことはなかった	245 (76)	149 (77)	1.10	0.66-1.86	0.71
（在宅療養中の状況1）患者様が救急外来を受診することがたびたびあった／Ref：そのようなことはなかった	70 (15)	48 (17)	1.55	0.90-2.66	0.11
（在宅療養中の状況2）あなたは、患者様の病状の変化に気持ちがついていかなかった／Ref：そのようなことはなかった	148 (32)	106 (38)	2.04	1.34-3.10	0.001
（在宅療養中の状況3）あなたは、在宅で家族を看取った経験があった／Ref：そのようなことはなかった	99 (21)	56 (20)	0.81	0.52-1.27	0.36

Ref：オッズ比の対照。%は該当者の占める割合。\*p<0.05を有意。

は、介護者が女性である、配偶者である、介護者の身体状態が不良であった、介護を代わりにしてくれる人がいなかった、患者の精神症状がある、症状に対して何もできず無力感や自責感を感じた、精神症状が夜に強く往診の医師や看護師にわかってもらえなかった、患者の病状の変化に気持ちがついていかなかった、ことが有意であった（表1）。

介護者の抑うつに関する要因として単変量解析では、介護者の身体状態が不良であった、患者の精神症状がある、症状に対して何もできず無力感や自責感を感じた、往診の医師や看護師に症状のことを話しても解決しなかった、患者の病状の変

化に気持ちがついていかなかった、ことが有意であった（表2）。

## 考 察

### 1) 在宅療養中のがん患者の精神症状について

本研究の結果、在宅療養において亡くなる前1カ月間のがん患者の不眠が60%と高頻度であった。介護者が認識していたせん妄症状は、「日中のぼんやりした様子やちぐはぐな会話があった」症状について30%、ほかの症状は20%程度認められていた。介護者からみたせん妄を評価したアメリカの先行研究でも19%の頻度であり、本研

表2 介護者（回答者）が在宅療養中に経験した抑うつに関する要因（単変量解析）

要 因	全回答 N (%)	週1日以上 抑うつあり N (%)	オッズ比	95% CI	#p
介護者（回答者）が女性／Ref：男性	363 (74)	132 (77)	1.30	0.85-2.01	0.23
介護者（回答者）が配偶者／Ref：配偶者以外	260 (53)	98 (56)	1.23	0.85-1.78	0.28
介護者（回答者）の最終学歴が高校以上／Ref：中学まで	441 (90)	154 (90)	0.98	0.54-1.81	0.96
在宅療養中の介護者の体の状態が「よくなかった」「非常によくなかった」／Ref：「よかった」「まあまあだった」	99 (20)	60 (34)	3.78	2.39-5.98	<0.001
最後の療養時に患者の介護を代わりにしてくれる人がいなかった／Ref：いた	130 (27)	54 (32)	1.46	0.96-2.20	0.07
亡くなる前1カ月間に患者にいずれかの精神症状がある／Ref：患者の精神症状はなかった	364 (74)	147 (85)	2.82	1.74-4.57	<0.001
(精神症状への対応1) 症状は夜に強かったが、医師や看護師の日中の訪問中は症状が軽いのでわかってもらえなかった／Ref：わかってもらえた	32 (10)	17 (15)	2.04	0.98-4.26	0.054
(精神症状への対応2) あなたは何もできない気持ちで無力感や自責感を感じた／Ref：そのようなことはなかった	126 (39)	74 (61)	4.42	2.73-7.17	<0.001
(精神症状への対応3) 往診の医師や看護師に症状のことを話しても解決しなかった／Ref：解決した	31 (10)	19 (16)	2.82	1.31-6.05	0.006
(精神症状への対応4) 往診の医師や看護師の助言で十分対応できた／Ref：そのようなことはなかった	248 (76)	94 (77)	1.09	0.64-1.85	0.75
(在宅療養中の状況1) 患者様が救急外来を受診することがたびたびあった／Ref：そのようなことはなかった	69 (15)	31 (19)	1.64	0.98-2.76	0.058
(在宅療養中の状況2) あなたは、患者様の病状の変化に気持ちがついていかなかった／Ref：そのようなことはなかった	148 (31)	83 (50)	3.74	2.48-5.63	<0.001
(在宅療養中の状況3) あなたは、在宅で家族を看取った経験があった／Ref：そのようなことはなかった	103 (22)	34 (20)	0.87	0.55-1.38	0.55

Ref：オッズ比の対照。%は該当者の占める割合。\*p<0.05を有意

究と同様であった<sup>5)</sup>。在宅において27%の患者に亡くなる前1カ月の間希死念慮の訴えが認められたが、明智らの緩和ケア病棟で亡くなった患者を対象にした研究でも9~39%に希死念慮を認めたと報告されており<sup>3)</sup>、死が近くなった患者では、在宅でも緩和ケア病棟と同様に死にたいと訴え、自ら死を早めようとするところがあることが示唆された。

患者の精神症状があった際、実際に精神科や心療内科に相談されていたのは11%で、それ以外では往診の医師や訪問看護師、家族に相談しながら対処していたことがわかった。それでも1割程

度の介護者は、精神科や心療内科医等の専門家に相談したかかたと思っており、あわせて20%弱の介護者が患者の精神症状に対して精神科・心療内科のニーズがあることがわかった。この傾向は希死念慮に関しても同様であった。

ただし、相談希望の有無について「どちらでもない」とした回答も相当数あり、精神科や心療内科の医師がより身近で対応しやすい状況であれば、回答も変わったかもしれない。現状では、在宅療養の患者・家族を充分支援できるほどの精神科医・心療内科医がおらず、往診の医師や訪問看護師、ケアマネージャーが支えているという実情

を今回の研究では示しているのかもしれない。

## 2) 介護者の精神症状について

がん患者の在宅療養の間、介護者の不眠は60%と高頻度であった。緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族を対象としたJ-HOPE 1および2では、56~67%の遺族に不眠があり、さらに亡くなる前数週間では87%であったことが報告されている<sup>6)</sup>。本研究では患者が亡くなる前1カ月の期間について質問しており、在宅療養でも緩和ケア病棟と同じように、家族である介護者の不眠の頻度も高かったものと考え、介護者の不眠については患者の精神症状があることが関連する要因であった。患者の精神症状があったことで、症状に対しての無力感や、患者の病状変化にとまどい、往診医や看護師に相談するだけではうまくいかなかったことにもつながり、不眠に至った可能性が示唆された。また、配偶者が介護していたこと、介護者の健康状態が不良であったことも関連していた。介護者の身体状態が悪い一方で、介護を代わる人がいなかったことも要因であった可能性がある。これまでの先行研究でも、配偶者は死別後の抑うつや不眠を生じやすいことが報告されている。本研究で不眠に対して服薬していた介護者は23%、さらに精神科・心療内科に受診していたのはその1/4であった。患者と介護者の精神症状に対し、専門家がどう支援するかが課題である。

介護者の抑うつ症状について、少なくとも週1日以上症状があったという介護者は35%であった。他国の先行研究では、がん患者の介護者の抑うつは25~70%であると報告されており<sup>7)</sup>、本研究の頻度は同様であったと考える。

介護者の抑うつは、介護者が配偶者であったこと、介護者の身体状態が悪かったことが有意な関連要因であり、不眠と同様であった。また患者の精神症状に対しての無力感や自責感、病状変化に気持ちがついていけなかったことも介護者の抑うつに関連していた。無力感や自責感はうつ病にも認められる症状であり、うつ病の診断項目(DSM5)である<sup>8)</sup>。また、J-HOPE 2で行われた

検討では、在宅療養中に介護者が精神心理の専門家による支援を求める要因として、「患者の病状の変化に気持ちがついていけなかった」ことが抽出されている<sup>9)</sup>。精神心理の専門家の支援を必要としていた背景には、患者の病状変化に対して適応できず、抑うつを生じていたことがあったのかもしれない。本研究の介護者の13%には抑うつ症状が毎日あったと回答している。毎日の抑うつ気分はうつ病の主要な診断項目(DSM5)でもあり、特に無力感や自責感、不眠も併存するような場合には、うつ病となっている介護者も含まれていた可能性がある。患者の症状だけでなく、家族の精神症状に対しても専門家による有効な支援方法を考慮する必要がある。

## 3) 本研究の限界

本研究は患者が亡くなってから平均421日と長く経過してから調査しているため、記憶のバイアスがある。特に回答者の年齢が高くなると、なじみのない症状や細かな症状について答えにくかった可能性はある。現時点での報告は多変量解析を行っておらず、最終的な結論には、さらに詳細な解析が必要である。

## まとめ

本研究の結果、在宅療養中のがん患者において、その死亡前1カ月の間に不眠・せん妄・希死念慮を生じる頻度は緩和ケア病棟での療養と同様にあり、介護を担う家族の不眠や抑うつの要因になっていることが明らかになった。現在の日本では、在宅療養において精神心理の専門家が十分に直接対応できる状況にはなく、往診医や訪問看護師の機能を活用し、効果的に専門家に関わる仕組みが必要である。

## 文 献

- 1) Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home : A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2011 ; 41 (4) : 754-760.

- 
- 2) 森田達也, 内富庸介, 川越正平. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 がん患者の在宅医療における症状マネジメント支援ツールについてのアンケート調査.
  - 3) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 2004 ; 100 (1) : 183-191.
  - 4) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A : The delirium experience : delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouse/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002 ; 43 : 183-194.
  - 5) Buss MK, Vanderwerker LC, Inouye SK, et al : Associations between caregiver-perceived delirium in patients with cancer and generalized anxiety in their caregivers. *J palliat med* 2007 ; 10 (5) : 1083-1092.
  - 6) 谷向 仁. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2—付帯研究 1 : 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2013 ; 32.
  - 7) Rhee YS, Yun YH, Park S, et al. Depression in family caregivers of cancer patients : the feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol* 2008 ; 26 : 5890-5895.
  - 8) 高橋三郎, 大野 裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. American Psychiatric Association. 4 抑うつ障害群 うつ病. p160, 医学書院, 2014.
  - 9) Kobayakawa M, Okamura H, Yamagishi A, et al. Family caregivers require mental health specialists for end-of-life psychosocial problems at home : a nation-wide survey in Japan. *Psychooncology* 2015, in press.

〔付帯研究担当者〕

小川朝生 (国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科), 金野倫子 (日本大学医学部 精神医学講座), 倉田明子 (広島市民病院 精神科)