

Ⅵ. サイコオンコロジーの動向と現状

—がん診療連携拠点病院緩和ケアチームに 携わる精神症状緩和担当医師の現状調査—

小川 朝生

(国立がん研究センター東病院 臨床開発センター精神腫瘍学開発部)

はじめに

がん医療において、がん患者・および家族は、せん妄をはじめうつ病や適応障害などさまざまな精神症状に対する精神心理的支援を必要とする。患者・家族に対して適切な症状緩和を提供するために、がん診療連携拠点病院では緩和ケアチームを設置し、精神症状緩和担当医師を配置することを義務づけられている。

しかし、実際のところ、緩和ケアチームによる支援は、各施設の人的資源の実状に依存して質量ともに幅があることが明らかとなってきた。今後、がん診療連携拠点病院の現状に即した形で、精神腫瘍医の育成や緩和ケアチームの技術研修などの診療支援を提言することが必要であるが、望まれる診療支援の内容を推量する基礎資料に乏しい問題があった。そこで今後、全国のがん診療連携拠点病院に対して適切な診療支援を計画するための基礎資料として、がん患者の精神症状緩和に携わる緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師の現状調査を計画した。

調査方法

1. 目的

全国のがん診療連携拠点病院を対象として、がん医療における精神症状緩和担当医師の診療の実態を把握する。

2. 対象

全国のがん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームの精神症状緩和を担当する常勤・非常勤

の医師。

3. 調査方法

郵送法によるアンケート調査を実施した。質問項目は、コンサルテーション・リエゾン精神科医や心療内科医、心理職、看護師、緩和ケア医が合議をし、レビューを行った。その上で、Donabedianのケアの質の評価方法にならない、緩和ケアにおける精神症状コンサルテーション・リエゾン臨床を評価する項目を、structure, process, outcomeに分けて検討した。特に、コンサルテーション活動のプロセス評価には注意を払い、身体症状評価や精神心理的評価、意思決定能力の評価、治療決定の支援、ケアのゴールの共有、担当医や病棟スタッフとの連携、多職種間のケアのコーディネート、フォローアップの用意をあげた。

アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を発送し、調査に同意した対象者には、アンケートに記入した後に返信にて回答を求めた。発送から4週間の時点で回答がない対象施設に対しては、再度アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を再送した。

結果

調査は2009年11月から2010年2月まで行った。調査票を全国375施設のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師宛に発送し、回答は233施設（62.1%）から得た。回答施設の内訳は緩和ケア診療加算届出施設80施設、

表1 がん診療連携拠点病院の特徴（緩和ケア診療加算届出の別）

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
がんセンター	8	20	0.63
大学病院	32	21	<0.001
緩和ケア病棟がある	16 (20%)	33 (22%)	0.87
一般精神科病棟がある	44 (55%)	54 (35%)	0.005
一般精神科外来がある	71 (89%)	109 (71%)	0.003
コンサルテーション・リエゾンサービスがある	76 (95%)	134 (88%)	0.10
常勤精神科医・心療内科医	4	1	<0.001
5名以上	35 (44%)	30 (20%)	
2～4名	23 (29%)	43 (28%)	
1名	19 (24%)	34 (22%)	
心理職常勤 (人)	1	0	0.18
心理非常勤 (人)	0	0	0.99

表2 精神症状緩和担当医師の背景

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
精神症状緩和担当医師の背景			
臨床経験年数	16.3 (±6.9)	18.8 (±8.0)	0.02
がん臨床経験年数	7.9 (±6.8)	7.0 (±6.5)	0.33
緩和ケア研修会への参加	72 (90%)	117 (77%)	0.02
勤務内容 (専従, 専任)			
専従	19 (24%)	11 (7%)	
専任	30 (38%)	22 (14%)	
精神症状緩和担当医師と緩和ケアチームとの協働			
チーム回診への参加			
いつも、たいていしている	42 (53%)	62 (41%)	0.003
時々している	21 (26%)	26 (17%)	
あまりしていない、していない	17 (21%)	64 (42%)	
チームカンファレンスへの参加			
いつも、たいていしている	61 (76%)	97 (63%)	0.02
時々している	7 (9%)	27 (18%)	
あまりしていない、していない	12 (15%)	28 (18%)	

診療加算届出のない施設が153施設であった。

に常勤の精神科医・心療内科医がいた。

施設の特徴 (表1)

がん診療連携拠点病院の施設の特徴を緩和ケア診療加算届出の有無で2群に分けて比較をした。緩和ケア診療加算届出のある拠点病院は、届出のない拠点病院と比較して、大学病院が多く、一般精神科病棟、一般精神科外来を開いている施設が多かった。

一方、緩和ケア病棟の有無には有意差を認めなかった。

緩和ケア診療加算の届出のない施設でも70%

精神症状緩和担当医師の背景 (表2)

精神症状緩和担当医師の背景についても調べた。臨床経験が診療加算届け出施設で16.3年、届け出なしの施設で18.8年で、届け出施設の方が経験が2年ほど短かった。緩和ケアチームへの参加形態に関しては、診療加算届け出施設の24%が専従の形態をとっており、緩和ケアチームの活動に専念する体制がとられていた。

一方、届け出なしの施設では業務時間の50%以上が確保されている施設は14%に留まり、一般

表3 活動状況

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value	
精神症状緩和の対象範囲				
入院中のがん患者	80 (100%)	153 (100%)	>0.99	
外来のがん患者	67 (84%)	109 (71%)	0.04	
家族	57 (71%)	88 (58%)	0.04	
遺族	30 (38%)	38 (25%)	0.043	
介入件数・対応時間				
精神症状緩和介入件数 (/2週)	5.5	4	0.001	
精神症状緩和 (家族) (/2週)	0	0		
精神症状緩和 (遺族) (/2週)	0	0		
診察日数 (/週)	2	1	<0.001	
介入期間 (日)	20	20		
1~7 day	12 (17%)	36 (27%)		
> 1~4 week	46 (67%)	77 (58%)	0.26	
> 1~3 mo	10 (15%)	17 (13%)		
> 3 mo	1 (1%)	1 (1%)		
死亡退院率 (%)	30	50	0.040	
精神症状緩和に費やした時間 (分 / 週)	741	516	0.002	
緩和ケアチームでの活動時間	603	373	0.03	
緩和ケアチームとコンサルテーションを兼ねる	138	143	0.92	
入院患者への対応				
通常依頼への対応時間	24時間以内 2~3日以内 1週間以内	60 (75%) 17 (21%) 3 (4%)	77 (51%) 37 (24%) 37 (24%)	<0.001
時間内の緊急依頼への対応	対応する	76 (95%)	118 (78%)	0.001
時間外の緊急対応	直接対応する 代行者が対応する 対応しない	19 (24%) 46 (58%) 15 (19%)	33 (22%) 70 (46%) 47 (31%)	0.043
時間外の病状変化への対応	直接対応する 代行者が対応する 対応しない	23 (29%) 45 (56%) 11 (14%)	32 (22%) 81 (54%) 34 (23%)	0.31
外来患者への対応				
外来の依頼への対応時間	24時間以内 2, 3日以内 1週間以内	26 (37%) 18 (26%) 25 (36%)	39 (33%) 22 (19%) 56 (48%)	0.45
外来患者への緊急対応	対応する	64 (92%)	90 (77%)	0.016
外来時間外の緊急対応	直接対応する 代行者が対応する 対応しない	12 (17%) 33 (47%) 25 (36%)	24 (21%) 52 (44%) 41 (35%)	0.85

精神科外来を行いながら必要に応じてチームの活動に参加する形態であることが明らかになった。

活動状況 (表3)

緩和ケアチームが提供する精神心理的ケアの実

態に関して解析を行った。調査前2週間での介入件数は、緩和ケア診療加算届け出施設で5.5件、届け出なしの施設で4件であり、診療加算届け出施設で有意に高かった。患者以外の家族や遺族に関する介入はどちらもほとんどなかった。

介入に際しては、診察の回数は届け出施設で2

表4 診療のプロセス（身体状況）

診察のプロセス	がん診療連携拠点病院 （緩和ケア診療加算届出施設） (n=80)	がん診療連携拠点病院 （緩和ケア診療加算届出なし） (n=153)	P value
担当医に直接確認			
いつも、たいていしている	56 (70%)	90 (59%)	0.07
時々している	19 (24%)	43 (29%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	5 (6%)	20 (13%)	
依頼以外の問題点の評価			
いつも、たいていしている	64 (80%)	110 (72%)	0.16
時々している	13 (16%)	31 (20%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	3 (4%)	12 (8%)	
患者を直接診察する			
いつも、たいていしている	79 (99%)	144 (94%)	0.10
時々している	1 (1%)	8 (5%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	1 (1%)	
がんの治療歴の確認			
いつも、たいていしている	78 (98%)	135 (88%)	0.02
時々している	1 (1%)	15 (10%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	1 (1%)	3 (2%)	
予後の評価			
いつも、たいていしている	74 (93%)	124 (81%)	0.02
時々している	6 (7%)	23 (15%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
疼痛の評価			
いつも、たいていしている	66 (83%)	106 (69%)	0.02
時々している	10 (13%)	25 (16%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	22 (15%)	
疼痛以外の身体症状評価			
いつも、たいていしている	67 (84%)	103 (67%)	0.004
時々している	9 (11%)	21 (14%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	29 (19%)	
Performance Status 評価			
いつも、たいていしている	57 (71%)	90 (59%)	0.04
時々している	14 (18%)	30 (20%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	9 (11%)	33 (21%)	

回、届け出のない施設で1回であり、届け出施設の方が有意に多かった。

介入期間は、どちらも中央値は20日で有意差を認めなかった。

精神症状緩和に費やした時間については、届け出施設で741分/週、届け出のない施設で516分/週で、届け出施設の方が有意に長かった。

診療のプロセス（表4～6）

精神症状緩和に関するコンサルテーションのプロセスの実施率を調べた。緩和ケア診療加算届け出施設と届け出のない施設では、25項目中16項

目で実施率に有意差が認められた。

実施率が届け出施設で高かった項目は、がんの治療歴の確認や予後の評価、疼痛の評価、身体症状の評価、Performance Status の評価、経済的問題の評価、療養場所に関する適否の評価・対応、退院後の支援の必要性の評価、患者家族関係の評価、患者の意向の評価、家族の意向の評価であった。実施率の差が生じた項目は、介入前に行うべき患者家族の包括的な評価に関する項目と、今後の見通しを考えるうえで重要になる項目であった。そして、診療加算届け出施設の方が、包括的な介入を行っており、診療の質が高い可能性が示唆された。

表5 診療のプロセス（包括的アセスメント）

診察のプロセス（包括的アセスメント）	がん診療連携拠点病院 （緩和ケア診療加算届出施設） （n=80）	がん診療連携拠点病院 （緩和ケア診療加算届出なし） （n=153）	P value
通常反応、再発不安への対応 いつも、たいていしている	71 (89%)	129 (85%)	0.33
時々している	7 (9%)	15 (10%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	2 (2%)	9 (5%)	
経済的問題の評価・対応 いつも、たいていしている	37 (46%)	54 (35%)	0.01
時々している	28 (35%)	43 (28%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	15 (19%)	56 (37%)	
療養場所の適否評価・対応 いつも、たいていしている	47 (59%)	63 (41%)	0.01
時々している	15 (19%)	39 (26%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	18 (23%)	51 (33%)	
退院後の支援の必要性評価 いつも、たいていしている	42 (53%)	59 (39%)	0.01
時々している	21 (26%)	35 (23%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	17 (21%)	59 (39%)	
医療者患者関係の評価 いつも、たいていしている	48 (60%)	78 (51%)	0.13
時々している	17 (21%)	33 (22%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	15 (19%)	42 (27%)	
患者家族関係の評価 いつも、たいていしている	56 (70%)	85 (56%)	0.02
時々している	18 (23%)	45 (29%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	6 (7%)	23 (15%)	
患者の意向を評価 いつも、たいていしている	65 (81%)	106 (69%)	0.043
時々している	9 (11%)	24 (16%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	6 (8%)	23 (15%)	
家族の意向評価 いつも、たいていしている	50 (63%)	74 (48%)	0.03
時々している	20 (25%)	47 (31%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	10 (12%)	32 (21%)	
多職種でのアセスメントの実施 いつも、たいていしている	64 (80%)	109 (72%)	0.048
時々している	14 (18%)	31 (21%)	
あまりしていない、していない	2 (3%)	11 (7%)	

おわりに

精神症状緩和に関する全国的な調査は今までなされておらず、今回の調査で、拠点病院でどのような運用で精神症状緩和が実施されているのかが

初めて明らかになった。拠点病院で質の高い精神症状緩和を提供するためには、緩和ケアチームと精神科医・心療内科医との密な連携が欠かせない。効果的な連携を図るために、チーム医療がわが国に根づくことが重要であろう。

表6 診療のプロセス（治療、コーディネーション）

診察のプロセス (治療、コーディネーション)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
治療計画について担当医と直接相談			
いつも、たいていしている	58 (73%)	81 (53%)	0.004
時々している	16 (20%)	50 (33%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	6 (7%)	22 (14%)	
薬物療法の提案・推奨			
いつも、たいていしている	60 (75%)	114 (75%)	0.85
時々している	19 (24%)	33 (22%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	1 (1%)	6 (4%)	
向精神薬の処方			
いつも、たいていしている	58 (73%)	102 (67%)	0.51
時々している	7 (9%)	22 (15%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	15 (19%)	28 (18%)	
精神療法の提供			
いつも、たいていしている	67 (84%)	109 (72%)	0.03
時々している	11 (14%)	30 (20%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	2 (3%)	13 (9%)	
病棟スタッフと直接相談			
いつも、たいていしている	72 (90%)	118 (77%)	0.01
時々している	8 (10%)	29 (19%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
病棟カンファレンスへの参加			
いつも、たいていしている	23 (29%)	27 (18%)	< 0.001
時々している	32 (40%)	36 (23%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	25 (31%)	89 (59%)	
家族との面談			
いつも、たいていしている	23 (29%)	39 (26%)	0.40
時々している	46 (58%)	85 (56%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	11 (14%)	28 (18%)	
カルテ記載			
いつも、たいていしている	76 (95%)	147 (96%)	0.68
時々している	2 (3%)	5 (3%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	2 (3%)	1 (1%)	

参考文献

- Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al: Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA 303 (11): 1054-1061, 2010
- Kissane DW, Smith GC: Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. Aust N Z J Psychiatry 30 (3): 397-404, 1996
- Grassi L, Giraldo T, Messina EG, et al: Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Support Care Cancer 8 (1): 40-45, 2000
- Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, et al: Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. General Hospital Psychiatry 30 (6): 546-551, 2008
- Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 44 (3): 166-203, 1966