

Part 4

地域連携システムの先進的な取り組み

② 地域連携会議モデル開発 (兵庫県神戸地域)
地域連携モデル開発における3つの柱

あみちゆうた 庵地雄太¹⁾ みずたにかずお 水谷和郎²⁾ 1) 神戸百年記念病院 心大血管疾患リハビリテーションセンター
2) 同院 内科

身体疾患に併存するうつやせん妄などの精神疾患は、患者のQOLや予後に影響を及ぼすことはすでに広く知られている。しかし実際には、身体科における治療のなかで精神症状や精神疾患が見過ごされることもしばしばみられる。この現状に対応するために、平成24年4月14日、領域の異なる6つの国立高度専門医療研究センターの共同研究プロジェクト『身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発に関するナショナルプロジェクト』（以下、本プロジェクト）が発足した。

兵庫サイコカーディオロジー研究会

兵庫県地域は元来、心身医学の臨床・研究が盛んな地域であり、古くから循環器疾患領域へのメンタルケア導入が検討されてきた。しかし、人員不足や診療報酬上の課題もあり、興味や関心は高いものの、実際にメンタルケアを実践している施設はごく一部に限られていた。このような背景から、今回、兵庫県地域が本プロジェクトの循環器領域における地域連携モデル開発地域として選定され、平成25年1月28日、国立精神・神経医療研究センター、国立循環器病研究センターおよび神戸百年記念病院が事務局となり、『兵庫サイコカーディオロジー研究会』（以下、本研究会）を立ち上げることとなった（写真1）。

第1回研究会（平成25年1月）

オープニングセッション。事務局の3施設に加え、兵庫県立姫路循環器病センター、神戸労災病院、西宮渡辺心臓・血管センターの6施設が参加。国立精神・神経医療研究センターより本プロジェクトの概要が説明され、続いて当地域の循環器疾患領域におけるメンタルケアに関する現状と課題をワークショップ形式で議論した。

第2回研究会（同年4月）

身体疾患のメンタルケアにおいて、循環器疾患領域に先行するがん領域の考え方を学ぶため、リエゾン精神看護専門看護師の竹原歩氏（兵庫県立姫路循環器病センター）による講演「循環器臨床



写真1 兵庫サイコカーディオロジー研究会の発起人

にも取り入れたいサイコoncロジーの考え方」を開催した。前述の6施設に加え兵庫県内で循環器疾患のメンタルケアに携わるスタッフが参加した。より広く課題意見をを集めることを目的として、再度ワークショップを実施した。

第3回研究会（同年6月）

連携システム開発について、名古屋大学大学院医学研究科の杉浦伸一先生による講演「情報通信技術を用いた患者フォローアップシステム」が行われた。また、過去2回のワークショップから得られた総数330にのぼる意見を検討し、地域連携モデル開発における課題を抽出した。親和性分類に基づいて分析した結果、「精神症状・心理的問題」「メンタルケアに関する知識・技術」「心疾患の病態と特性」といった課題意見が上位半数を占めた。（写真2）

第4回研究会（同年8月）

ワークショップ形式による課題の抽出に加え、臨床的視点から課題を探ることを目的として、実症例を用いた職種間カンファレンスを実施した。治療・投薬に関する疑問や診療科をつなぐコーディネータの必要性などが示された。

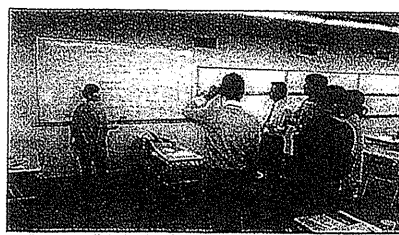


写真2 メンバーで寄せられた意見を検討している

第5回研究会（同年11月）

兵庫県地域における課題探索に加え、わが国における循環器心身医学の現状と課題を再確認するため、基調講演として国立精神・神経医療研究センター・国立循環器病研究センター・大阪大学大学院循環器内科、安井博規先生の講演「サイコカルディオロジーについて」を開催した。

地域連携モデル開発の3つの柱

今後、計5回の研究会内容を踏まえ、次の3つの柱を軸として地域連携モデル開発を進める予定である。

① コーディネータ養成

第1の柱は『コーディネータ養成』である。第1、2回研究会のワークショップで多かった意見が知識と技術に関する不安である。この不安は、循環器疾患領域のスタッフの精神疾患に対する知識・技術不足の不安と、精神疾患領域のスタッフの循環器疾患に対する知識・技術不足の不安の、2つの側面が含まれる。

従来の医療制度は、専門性を追求する医療職の養成を推進してきた。しかしその弊害として、他領域の疾患について学び触れる機会が少なくなったことがあげられる。循環器疾患は生命予後に直結し、一刻を争う病態や、急変もしばしばみられる。さらにうつやせん妄などの精神疾患が併発することで、より適切な身体症状と精神症状に対するアセスメントが求められる。つまり、循環器疾患領域のスタッフに対しては精神疾患に関する知識と対応、精神疾患領域のスタッフには循環器疾患に関する知識と対応が求められることになる。しかし、専門分化された現在の診療体制では異なる2領域の併存疾患への対応は不十分であり、こ

れが今回のワークショップによって示された不安の一因と考えられる。よって本研究会の目標として、患者の予後改善とQOL向上、さらに各領域で働くスタッフの不安に対処するため、循環器疾患領域と精神疾患領域の間をスムーズにつなぐコーディネータの養成を進めていきたい。

連携ツールの作成

第2の柱は『連携ツールの作成』である。この『連携』とは「診療科連携」「病病連携」「病診連携」「地域連携」の4つの要素から構成されている。「診療科連携」とは循環器内科、心臓血管外科、心療内科、精神科などの診療科の連携、「病病連携」は中規模一般病院や中核病院などの総合病院の連携、「病診連携」は総合病院とクリニックなどのかかりつけ医との連携、「地域連携」は役所や保健所、福祉施設など地域における社会資源との連携と、それぞれを相互・多角的につなぐのが『連携ツール』である。このツールとしては、患者個人が1冊ずつ管理して持ち運ぶ「手帳」方式と、関係機関の間を情報通信技術でつなぐ「ICT (Information and Communication Technology)」方式の2種類の併用を検討している。

当研究会では、循環器疾患と精神科疾患の両者に対し『包括的連携ツール』を検討・作成し、コーディネータが中心となって運用することを目指している。

啓蒙・啓発

第3の柱は『啓蒙・啓発』である。平成25年

11月、第70回日本循環器心身医学会総会が東京で開催された。この大会のなかで、日本循環器心身医学会と本プロジェクトとのジョイントシンポジウムが企画された。昨年に引き続き、日本循環器心身医学会総会で2度目となるジョイントシンポジウムは、本プロジェクトおよび本研究会にとって重要な啓蒙・啓発の機会となっている。このような学術集会や本番のような機会を積極的に活用し、循環器疾患と精神疾患が併存する患者に対するメンタルケアの必要性と、具体的対応策としての「地域連携モデル」をパッケージで啓蒙・啓発していくことが重要である。今後さらに、様々な機会を通じて循環器疾患領域のメンタルケアについて『啓蒙・啓発』を行っていく。

兵庫サイコカーディオロジー研究会は、発足してまだ1年であり、内容的にはよちよち歩きの赤ん坊に過ぎない。初年度は、循環器疾患のメンタルケアに関する課題の探索を主眼として取り組んできた。次年度以降は初年度の取り組みで明らかとなった課題に具体的に取り組んでいくことが求められる。本研究会には、これまで循環器心身医学領域や総合病院精神医学領域に携わってきた多くの方々と、循環器疾患と精神疾患を併発するすべての患者とその家族の希望が込められている。この赤ん坊を立派な成人として自律させるべく、しっかり育ててゆきたい。

地域で活用する自殺未遂者に対する クリティカルパスの意義

三宅 康史

抄録:

自殺企図そのものは自殺未遂の最大のリスクファクターであり、現実的には自殺企図により身体的損傷を負った自殺未遂者の大多数は、身体治療と精神科的治療の双方を必要とする場合が多い。そのため、救命救急センターを中心とした三次救急医療機関に搬送され、長期間にわたって身体的、精神科的問題の治療にあたることとなる。この機会をとらえて、自殺の再企図を予防することには大きな意義がある。重要な鍵の一つとして、退院の運びとなり社会復帰した後のサポート(ケア)がある。そこで、退院後、日常生活に復帰した自殺未遂者に対して、ケースマネージャー(専門職)としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士が、一定の基準に従って精神症状の変化、日常生活上の解決可能な問題点などを早期に発見し、精神科医療を含めた適切な対応につなぐための地域連携クリニカルパス(第1版)を作成した。

同時に、これを使用する側のケースマネージャーへの自殺未遂者ケアのための教育がもう一つの鍵となる。その1つの解決策となりうるのが、2009年より毎年開催されている厚労省主催(日本臨床救急医学会共催)の自殺未遂者ケア研修と、日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」が中心となって開発が進んでいるPEECコース(多職種を含む救急医療スタッフ向けの教育コース)である。PEECでは、ガイドブックが2012年に刊行されており、2013年より本格的なコース開催が始まった。

これらの経験をパスにフィードバックしつつ、より良い第2版とすることが次の目標となる。

日社精医誌 22 : 163-169, 2013

索引用語: 自殺企図, クリニカルパス, 自殺予防, ケースマネージャー, 日常生活における状態

Attempted suicide, Clinical pass, Suicidal prevention, Case manager, Daily life condition

はじめに

平成23年の自殺者数が3万人を切るに至った

(警察庁調べ)。その前年より減少傾向があったとはいえ、平成10年以来高水準で推移していた自殺者数が減ったことは、すべて自殺予防に係る各

方面の努力の結晶といえる。この流れを維持・継続するためには、さらなる努力が必要であることは明らかである。

自殺企図の既往歴は自殺に至る最大の危険因子であり、死に至らずに自殺未遂となり医療機関を受診した機会をとらえて、次の自殺企図を予防することは効率も良く有効である。医療機関にいる間は標準的なケアが施されるとしても、退院後の社会生活の中でも途絶えることなくケアがなされることは、自殺企図の再燃予防に効果が期待される。それを成功させる一つのツールとしての退院後のケースマネージメントで使用する専門職による地域連携クリニカルパスは意義があると考えられる。

切れ目のない自殺未遂者対策の重要性

自殺企図により身体的損傷を負った傷病者の大多数は、身体治療と精神科的治療の双方を施す必要がある。そのため、自殺企図の現場で身体的ダメージが重症かつ緊急処置が必要と判断された場合、自殺企図者は救命救急センターにまず搬送され、初期診療から転院・退院に至るまで先に身体的問題に対応し、それがある程度目処が立ったところで精神科的問題に対し包括的な治療を施すこととなる。全国的に見ても、致死的な手段を用いて自殺を試みる症例は多くの場合救命救急センターに集まることから、ここを自殺再企図予防の要としてとらえ、救急医療機関で精神科スタッフによる早期の危機介入と精神科的問題の解決を図ることは効果が期待できる。さらに、自殺の再企図予防には、退院後の日常生活における生活面でのサポートに加え、精神科的フォローアップが特

に重要であることは、海外の研究や本邦におけるACTION-Jの経過などから明らかである。ただ、それを誰が、何に基づいて担っていくのかについては、明確な指針はない。今後開示が予定されている本邦におけるケースマネージメントによる効果的な介入(ACTION-J)の結果にもよるが、まずは、専門職としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による退院後の日常生活中における対象者への精神症状の変化、日常生活上の問題点などを早期に発見して、具体的に対処するためのツールとしてクリニカルパス(プロトタイプ)を作成し、試験的運用を通して何段階かの改訂作業を行い、最終的に現場で利用できる最終バージョンを作成することは有用である。これに関連して、それを使いこなすキーパーソンとしての、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士への教育コースの開発についても着手する必要がある。

自殺未遂者に対するクリニカルパス

自殺企図者が救命救急センターを退院した後、精神科的な問題にとどまらず、日常生活における生活面、人間関係、経済面、仕事上の悩みについても気軽に相談できるキーパーソンの設定と、そのキーパーソンが使用する外来カルテともいえるべきクリニカルパス(Version 0.1:表1)を策定した。

まずは、キーパーソンとなるべきケースマネージャーを複数決定する。前提として身体科および精神科かかりつけ医の連絡先が明確になっている必要がある。原疾患や併存症、既往歴などはパスとは別途に診療録として記載されるべきである。対象者が社会生活中、再企図のリスクファクターとなりうる身体的問題、精神科的問題、そして社

英文タイトル: Significance of the Use of Clinical Pass for the Attempted Suicide Patients in the Daily Life
著者連絡先: 三宅康史(昭和大学医学部救急医学講座)
〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8
TEL: 03-3784-8744 FAX: 03-3784-6880
Corresponding author: Yasufumi Miyake
Department of Emergency and Critical Care Medicine,
Showa University School of Medicine
1-5-8 Hatanodai, Shinagawa-ku, Tokyo 142-8666, Japan

1) 昭和大学医学部救急医学講座/昭和大学病院救命救急センター
Yasufumi Miyake : Department of Emergency and Critical Care Medicine, Showa University School of Medicine / Showa University Hospital Emergency Medical Center
2) 日本臨床救急医学会 自殺企図者のケアに関する検討委員会
Yasufumi Miyake : Advisory Committee for the Care of Attempted Suicide Patients, Japanese Society for Emergency Medicine

表1 自殺企図 退院後共通連携クリニカルパス ~Ver.00.1~

Table with columns for patient information (name, sex, age, height, weight, blood pressure, pulse, temperature) and a grid of assessment items (e.g., ① 自殺企図の動機, ② 自殺企図の手段) with checkboxes for '達成' (Achieved) or '未達成' (Not Achieved).

Table with columns for assessment items (e.g., ① 自殺企図の動機, ② 自殺企図の手段) and checkboxes for '達成' (Achieved) or '未達成' (Not Achieved). Includes a section for '緊急時対応/入院時の記入欄'.

会の問題の3つに分けて、継続して状況を確認する。未達成項目が出現する、または増えている場合には、その原因を、担当するケースマネージャーだけでなく、医療スタッフ、行政を含むチームで話し合いを持ち、再企図の危険性を早期に共有しリスクを減じるための方策を打てるよう行動する。それをPDCAサイクルによって調整・確認しつつ、さらに危険因子を減じるように関係機関と連携していく。

自殺予防に対する日本臨床救急医学会の取り組み

平成18(2006)年自殺対策基本法の施行に伴い、日本臨床救急医学会では平成20(2008)年に「自殺企図者のケアに関する検討委員会」(委員長: 三宅康史 昭和大学医学部救急医学)を設置し、

救急医療機関に搬送される自殺企図患者に対して標準的な初期診療を施すためのリソースの作成とその提供を行ってきた。

具体的には翌2009年に「自殺未遂者への対応—救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き—」(http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdfにてダウンロード可能)を作成し、救急医療の現場で、すぐには精神科医による具体的な支援が得られない状況で自殺企図者に、救急スタッフが一定レベルの標準的な精神科的問題への対処が可能となるような指針を示した。さらに、実際の症例を用いて「よくある質問集」として2011年に「来院した自殺未遂患者へのケアQ&A—実践編2011—」(http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_q&a1108.pdfにてダウンロード可能)を発刊し、手引きに続いて、

表2 平成24年度厚労省主催 自殺未遂者研修プログラム

Table with columns for time (e.g., 9:30, 9:50~10:00), topic (e.g., 事前アンケート, 開会挨拶), speaker (e.g., 三宅康史), and location (e.g., 東京: 杉本達哉).

※ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。

同様に精神科的支援の得られない状況下での具体的な対処法を示した。

ただし、リソースを作ってもそれが現場で実際に使用されなければ作成の意味はない。そのため、平成20(2008)年から厚労省が日本精神科救急医学会の共催を得て始めていた救急医療スタッフ向けの「自殺未遂者ケア研修」を、翌21年から日本臨床救急医学会が共催し、実際に自殺企図患者を受け入れている全国の救急医療機関からの受講生の募集、プログラム作成、コース運営に関するとともに、この「手引き」を利用しながらワークショップの中で用いられる症例の問題の解決にあたる内容となっている。また、その症例そのものは「Q&A」の5つのシナリオが利用されている。共催4年目となる平成24年度の自殺未遂者ケア研修は、1月20日東京、2月17日名古屋、3月10日福岡にて開催され、4つの講義と自殺企図症例3症例を用いたスモールグループディスカッションによるワークショップから成っている。プログラムを表2に示す。自殺未遂者ケアに精通したファシリテーターを中心に受講生同士でディスカッションを行い、各症例の救急外来から入院、精神科スタッフへのコンサルトまたは退院後の精神科クリニックへのつなぎまで、問題点の把握と応急の対処法を話し合い、解決法を探る。

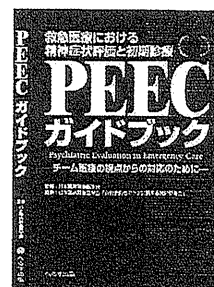
これと並行して日本臨床救急医学会では、日本精神科救急学会、総合病院精神医学会の協賛、厚労省の後援を得て、「自殺未遂者ケア研修」の汎用版として、救急救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者全般に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際の治療・ケアを行い、社会的、法的な問題を解決し、外来通院、日常生活に安全につながるための教育コースの開発を2011年より開始した。救急医療における精神症状評価と初期診療コースとして、Psychiatric Evaluation in Emergency Careの頭文字を取ってPEEC™(ピーク)コースと命名し、商標として登録した。ガイドブック(日本臨床救急医学会監修、同『自殺企図者のケアに関する検討委員会』編集、へるす出版：図

1)が、2012年5月に上梓され、これを公式テキストとして、具体的なコース開発については開催準備ワーキンググループ委員会を設置した(委員長：東岡宏明関東労災病院救急統括部長)。24年度内に4回のワーキンググループ委員会を開催し、プログラム、講義資料、ワークショップの内容確認、症例提示用パワーポイントの作成など準備を行ったうえで、1月から3回にわたり、昭和大学臨床研修センターにおいてクロズドで受講生を募集し、トライアルコースを開催しブラッシュアップを行った。2014年7月12日第16回日本臨床救急医学会(会長：日本大学医学部附属板橋病院丹正勝久病院長)において本コースの第1回目が開催される運びとなった。対象は、救急外来や救命救急センターの医師(研修医)、看護師のみならず、臨床心理士、精神保健福祉士、薬剤師、そして救急隊員(救急救命士)までを対象としている。コンセプトとして多職種で同じ問題を共有し、議論することで、自らできること、他職種に協力すべき内容を理解し、単独では簡単ではない精神科+身体科救急患者と自殺企図患者のケアとそのフォローを、多職種、多機関によるチーム医療によって安全に行うことを想定している。また、精神科医のファシリテーター、精神科勤務の臨床心理士、精神保健福祉士をアシスタントに迎え、彼らと深く議論し理解しあうことも一つの目標といえる。日夜救急現場で奮闘するスタッフの、成人教育の特徴である「必要とするものを自ら支弁し手に入れる」熱意に応えるためのコースを目指している。

現時点での問題と今後の実用性について

救急医療機関退院後の地域における連携クリニカルパスが有効利用されるためには、以下のような問題点を解決していく必要がある。

①社会生活に復帰する前(退院前)に、初療・入院加療にあたった救急医療機関、退院後の精神科的問題をフォローする精神科クリニック、パスを使って日常生活中のケアを行うケースマネージャー、そして家族の4者による、情報の共



救急医療における精神症状評価と初期診療
PEEC™ (Psychiatric Evaluation in Emergency Care)
ガイドブック— チーム医療の視点からの対応のために —

項目	1 救急医療における精神症状評価の必要性とその実態について 2 精神症状や心理的危機を有する患者の初療アルゴリズム 3 自殺企図患者への対応 4 自傷・他害の恐れのある患者への対応 5 昏迷状態の患者への対応 6 アルコール/薬物依存が疑われる患者への対応 7 医療者に対してトラブルを引き起こす患者への対応 8 身体的治療の実際(基本的な部分のみ) 9 違法薬物摂取が疑われる患者の診察で留意すべき法的問題 10 行動制限(抑制・拘束)について 11 救急患者にみられる精神症状に対する病院前救護の要点 12-1) 救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点 12-2) 救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点 13 救急医療における精神保健福祉士PSWの役割 14 救急医療における臨床心理士の役割
コース開催の概略、カリキュラム、必要物品、運営のコツ	
ケースシナリオ(各ケース)に習熟の要する看護委員会	1 大量服薬を繰り返すパーソナリティ障害の事例、身体的な治療継続が必要だが、退院要求が強い事例 2 自殺企図により搬送されたうつ病の事例、混乱している家族へのケアが必要な事例 3 合併する統合失調症により不穏・興奮を示す事例、ICUにおいて鎮静抵抗が強く、追加の向精神薬投与など対策を行う必要がある事例 4 覚醒剤などの違法薬物中毒の事例、警察への連絡に苦慮する事例 5 アルコール中毒の事例(大量連続飲酒を続けて、救急に入院したのちに離脱せん妄をきたすような事例)、退院後の精神科受診を頑なに拒否している事例 6 意識障害との鑑別が難しい転換性障害の事例(いわゆるヒステリーの事例)、退院に際して、精神科未治療の患者を当該確保につなぐための方策実例 7 パニック発作、過換気による頻度受診が問題となる事例
精神科救急医療、自殺関連問題に関する話題	1 精神科救急医療システムとその課題 2 自殺企図者のケアに関する医療システム、相談窓口、社会資源 3 自殺予防対策の経緯 4 自殺で遺された人への支援 5 自殺事故の当事者となった医療スタッフのケア
参考資料 索引	

図1 PEECガイドブック：表紙と目次

有。問題点の把握、問題発生時の対処法など綿密な打ち合わせ。

②自殺リスクが高まった場合に、病態に応じた相談先の確立と、一時避難的な保護や入院などが可能となるような準備。

③何よりも専門的なケースマネージャーの養成のための教育システムの確立と、その人員の充足。

それぞれ、今までの行政を含むリソースを利用するだけでは弾力的かつ迅速な対処は十分ではないので、その受け皿の充実を、時間がかかっても確実に進めていく必要がある。さらに、今後ケリニカルパスのブラッシュアップとともに、PEECコースを基本形として、自殺未遂者に症例を絞ったPEEC自殺未遂者ケアコースを開発し、ファシリテーターの養成など喫緊の課題に取り組

む必要がある。

参考文献

- 1) 多職種連携ケリニカルパスの開発に向けて、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))研究報告書(主任研究者:伊藤弘人), 2013
- 2) 「自殺未遂者への対応:救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」作成班:自殺未遂者への対応—救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き—。日本臨床救急医学会, 2009
- 3) 日本臨床救急医学会監修:PEECガイドブック。へるす出版, 東京, 2012
- 4) 大塚耕太郎, 河西千秋, 岸 泰宏他:来院した自殺未遂患者へのケアQ&A—実践編2011—。日本臨床救急医学会, 2011

abstract

Significance of the Use of Clinical Pass for the Attempted Suicide Patients in the Daily Life

Yasufumi Miyake^{1,2)}

Previous history of attempted suicide is known as one of the crucial risk factors of death from suicide. A large proportion of these patients has required hospitalization to level I trauma centers for longstanding physical and mental treatment. After the termination of physical problems, they routinely need many kinds of supports such as in mental disease state, in relationship with their family, in employment opportunity and in economical destitution. It's very important that expert psychological social workers or clinical psychologists as the case managers continuously take care of them to maintain their satisfactory mental and physical conditions after hospitalization.

We developed a new type of clinical pass thought to be very useful to put all information about the patients' daily life conditions together and build up a closer cooperation with every participant. The prolonged use of this prototype will contribute strongly to improve the patients' daily psychic symptoms and reduce major life stressors.

Not only on-the-job training but off-the-job training for the case managers will be another clue to the successful prevention of suicidal attempt in the daily life.

Jpn Bull Soc Psychiat 22:163-169, 2013

¹⁾ Department of Emergency and Critical Care Medicine, Showa University School of Medicine / Showa University Hospital Emergency Medical Center

²⁾ Advisory Committee for the Care of Attempted Suicide Patients, Japanese Society for Emergency Medicine

Emergency Care

救急医療チームの専門誌 エマージェンシーケア

2014年 新春増刊 (通巻 340号)

看護師・研修医必携
救急・ICUですぐに役立つ
ガイドラインこれだけ BOOK



33

自殺未遂患者への対応:

救急外来 (ER)・救急科・救命救急センター
のスタッフのための手引き

Key Words

自殺未遂者

初期対応

日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」

早読みチェック

1 参考文献

- 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」(2008年設置)/策定:2009年
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>
- 厚生労働省ホームページ(無料ダウンロード可能)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>
- 日本臨床救急医学会ホームページ(無料ダウンロード可能)
http://jsemumin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf

2 臨床的考察

■ 自殺企図者の多くは精神科的問題のみならず、身体的問題(今回の自殺企図で被った外傷、薬物中毒など)、その他の問題(自殺の原因となった健康問題、人間関係、金銭問題など)を抱えているため、搬送患者の初療は精神科専門医療機関ではなく、救命救急センターを含む身体科救急医療機関で行うケースが圧倒的に多い。そしてその場で精神科医にコンサルトできるチャンスは低い。そのような条件下で、翌朝まで、あるいは翌明けまで、自殺企図患者に対して必要最低限のケアができるように救急医療スタッフを対象に策定された。

3 結論

自殺未遂を図った患者が抱える問題を一つ一つ解決し、安全に社会復帰させるために、

- ①急性期医療から地域におけるケアに至るまでの流れを図示
- ②救急現場における標準的な対応を、情報収集、自殺企図の確認、希死念慮の測り方、危険因子の確認、入院適応、入院後の対応、退院までに多職種が行うべきことの順に解説
- ③特に救急の現場で最も関わりが深くなる看護師の対応については、章を別に設け対応の流れを解説
- ④注意すべき対応のポイント
- ⑤家族への対応法
- ⑥自殺再企図予防に向けての役に立つリソース

の順に、A4判25ページの冊子となっている。

超重要ポイント

まず、この冊子は、その前書きにも記されているように、エビデンスレベルの高い多くの研究に基づいて作成されたものではなく、“手引き”と呼ぶ程度のものである。今後も改訂され進化して臨床現場や教育機関で信頼に足るガイドラインに格上げされていくための原型（初版）といえる。

身体的な診断・治療については一切記載されていない。自殺企図患者における情報収集すべき内容と対象、（自傷行為ではなく）自殺企図の確認方法、自殺念慮・希死念慮の測り方、危険因子の確認方法などが、

手引きの効果

従来、救急外来へ自殺企図患者は押し寄せてきてはいても、身体的な治療には長じていても、自殺企図そのものに対するサポートや対応法については、十分なノウハウを持たないまま翌日来る精神科医任せとなってしまうことが多かった。この冊子を利用することで最低限必要な初療とケアが可能となり、不安なく自殺企図患者を受け入れ、標準的な初期対応を行うことが可能になった。ただ、その認知度を上げ、利用を広めるための策が必要である。そこで2008年より始まったのが、厚労省が主催する「自殺未遂者ケア研修（救急医療者向け）」を、日本臨床救急医学会が共催するとともに、この手引きをテキストとして利用することである。その内容は、自殺未遂者ケアに関する講義の後、いくつかの具体的なシナリオを使って、ファシリテーターの指導のもと、多職種にわたる救急スタッフ（受講生）が協力しつつ、手引きを参考により良い自

フローチャートやチェックボックスなどを用いて、現場で実際に使って視覚的に把握できるように意図されている。

患者にとってのキーパーソンとの関わり、精神科へのコンサルトの具体的な方法とタイミング、留意点、そして医師、看護師の役割だけでなく、通常は救急現場にいない医療ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の役割について、自殺再企図予防、社会復帰に向けたソーシャルワークの重要性とともに解説している。

自殺未遂者の初療にあたるよう学習するもので、救急医療関係者を対象に、参加費無料で毎年1～3月に全国数カ所で開催されている（2014年は1月東京、2月岡山、3月仙台での開催が予定されている。詳細は厚労省ホームページ「自殺予防関連事業およびイベント情報」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahakushi/jisatsu/event/h24-ippan.html）。

また、この手引きを教科書とすれば、“現場でのFAQ（よくある質問）集”とも呼ぶべき『来院した自殺未遂患者へのケアQ&A：実践編2011』²⁾が2011年に刊行され、5つの典型的なシナリオの紹介とそのケアに関する具体的なQ&Aが6～10個用意されている。さらに進んで、自殺企図患者に限らず、精神科救急患者全般にわたる救急外来での精神症状の評価と初期診療を、症例を通してスモール・グループ・デ

ィスカッションで学ぶPEEC™(Psychiatric Evaluation in Emergency Care) のガイドブック³⁾ (B6判215ページ) が2012年に上

梓され、トライアルコースを経て2013年から本コースが展開されている。

看護師が知っておきたいこと

前述したように、この冊子の中には看護師のとるべき対応についての章【Ⅲ. 対応の流れ（看護師編）】があり、その中で強調されているのが「TALK」の原則である（表1）。

医療チーム全体で患者の情報を共有するとともに対応・姿勢を統一し、自殺の事実を隠さず、忌避せず、哀愍な気持ちで患者と向き合うよう心がける。

手引きの中のシェーマ（図1）が示すように、患者の健康な部分に注目して、表2のような好ましい対応を心がける。

表1 「TALK」の原則

Tell：誠実な態度で話しかける
Ask：自殺についてははっきりと尋ねる
Listen：相手の話に傾聴する
Keep safe：安全を確保する

（文献4より引用）

表2 傾聴として好ましい対応例

「とても大変な思いをしたのですね」
「とってもつらかったのですね」
「話せる範囲で構わないので、私でよかったら話していただけませんか」
など

（文献4より引用）

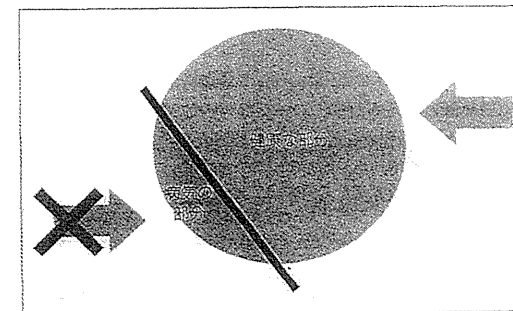


図1 此ころの病む人の健康な部分に注目して関わる

（文献4より引用）

図3 やってはいけない対応例

言語
「こんな方法じゃ死ねないよ」
「死ぬ気になれば、なんでもできるでしょう」
「自殺は、してはいけないことだ」、など
態度
「他にも命を助けたい火がいたので」と忙しいそぶりをする
「ここ（救急部）に入ったから大丈夫でしょ!」と相手にしない

(文献4より引用)

引用・参考



- 1) 三宅康史編. 特集:自殺対策. 救急医学, 36 (7), 2012, 749-865.
- 2) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」. 来院した自殺未遂患者へのケアQ&A:実践編 2011, 2011. http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_q&a1108.pdf (accessed 2013-10-01)
- 3) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編. PEECガイドブック:チーム医療の視点からの対応のために. 日本臨床救急医学会監修. 東京, へるす出版, 2012, 215p.
- 4) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」. 自殺未遂患者への対応:救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き, 2008. http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf (accessed 2013-10-01)

昭和大学 医学部 救急医学 教授/昭和大学病院 救命救急センター・集中治療部 センター長・部長
三宅康史



II. 心不全

東京女子医科大学 循環器内科

志賀 剛

心不全は慢性かつ進行性の病態（臨床的症候群）で、あらゆる循環器疾患が原因となる。心不全は重症度が高くなると生命予後や生活の質（quality of life: QOL）が悪化する。近年、医療が進歩していく一方で慢性心不全患者の頻度は増加している。その背景には、心筋梗塞など従来致死性であった循環器疾患患者の予後改善や高齢者人口の増加などがある。1980年代以降、心不全は単なる心臓のポンプ機能低下から神経体液系の異常（過剰適応）による全身病と認識されるようになってきた。さらに心不全は治療の継続が不可欠でありながら、生活の活動性や機能を制限することから、患者の精神・心理的問題との係わりが無視できなくなってきた。本稿では、心不全患者が抱える精神疾患として頻度が高いうつ、不安、そして認知障害について概説する。

うつ

疫学

心不全患者におけるうつの頻度については古くから多くの報告がある。米国で行われた30,801人を対象としたNational Health Interview Surveyによると「大うつ病（Major depression）」の割合は心不全を有していると7.9%/年で、慢性疾患を有していない人の4.8%/年に比し、高いことがわかる¹⁾。循環器疾患な

どに伴ううつの頻度を調べた報告のほとんどは、うつの評価法として質問紙票などスクリーニングツールが用いられている。この方法は多くの対象を簡便に調査するには有用であるが、「うつ病」の診断基準となるわけではなく、あくまでうつ症状の評価と捉えたほうがよい。「うつ病」の診断は、精神科医による面接が必要である。現在までに Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)などが用いられてきた。近年、米国心臓病学会（American Heart Association）では 2-and 9-item tests from the Patient Health Questionnaires (PHQ-2, PHQ-9) をとくに冠動脈疾患患者のスクリーニングツールとして推奨しており²⁾、今後はこの方法が中心になってくると思われる。このようにうつの頻度については各試験により方法は異なるが、心不全患者のうち外来患者では30~40%⁴⁻⁷⁾、また入院患者では11~60%と幅広い⁸⁻¹⁰⁾。年齢や重症度を含めた臨床背景の違いによるところもあるが、決して心不全患者にとってうつを伴うことは珍しいことではない。27の臨床研究を対象にメタ解析を行った報告では、心不全患者のうつの頻度は約20%とされ、入院患者も外来患者もその頻度は同じ程度であった¹¹⁾（図1）。さらに、New York Heart Association (NYHA) 心機能分類の重症度が高くなるほど、その頻度も高くなる

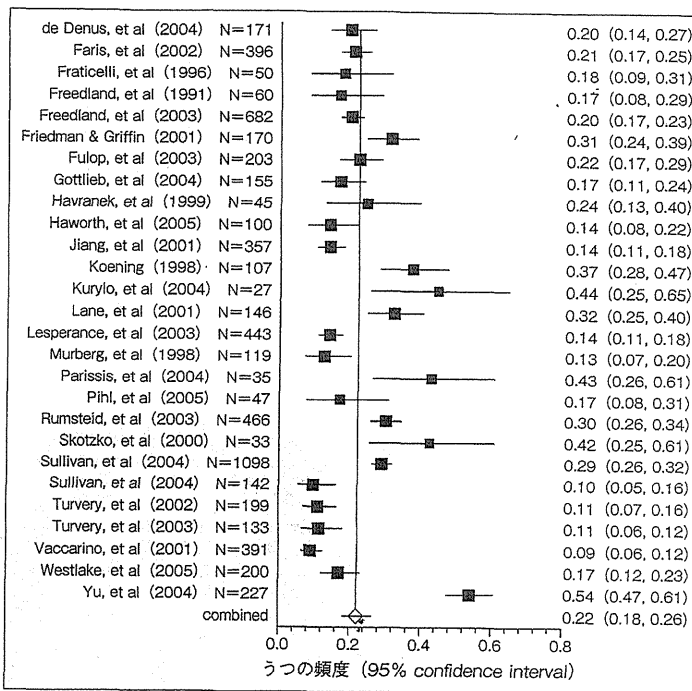


図1 心不全患者での「うつ」の頻度は21.5%

(Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al: Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol, 48: 1527-1537, 2006¹¹⁾より引用)

ことも示されている¹¹⁾（表1）。日本人では、欧米に比し非虚血性心不全の頻度が多いが、その頻度が約20%であることには相違ない^{7,12)}。

予後と心血管イベント

心不全患者にうつを伴うと予後が悪く、独立した予知因子になるという報告が多い。前述したメタ解析の結果では、心不全患者がうつを伴うと死亡・心血管イベントのリスクが2倍になると報告されている¹¹⁾（図2）。日本からの報告でも、Katoらは外来通院中の心不全患者115名を2年間前向きに観察したところ、うつ

NYHA Class	Prevalence (%)
I	22%
II	27%
III	38%
IV	42%

表1 心不全患者における NYHA 心機能分類と「うつ」の頻度

NYHA: New York Heart Association
*NYHA 心機能分類によるうつの頻度が記載された5つの臨床研究より

(Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al: Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol, 48: 1527-1537, 2006¹¹⁾より引用)

【うつ病のスクリーニング② 質問法 Two Question Screening】

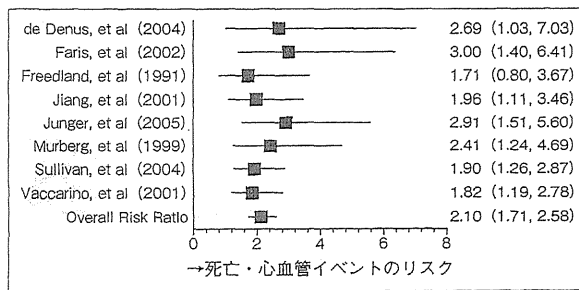
心不全患者を診ていると、心不全症状と似たうつ病がしばしば見られることや高齢者では症状の鑑別が難しいことも経験する。精神科医に紹介しな付利はならないうつ病として2-質問法は有用である。

① この1週間、気分が沈んだり、憂鬱気分が持たせられたりすることがよくありましたか？

② この1週間、物事に対して興味や関心がない、あるいは心が楽しめない感じがよくありましたか？

両方とも「はい」と答える場合は、これは精神科医にサポートを行う、それとも心身の重要なことは希死念慮(自殺念慮)である、強い自殺念慮(繰り返し持続する)、具体的な自殺方法まで考えているを著かなり状態(集積)は緊急性がある

を伴う例はうつを伴わない例より心臓死および心不全入院の頻度が高いことを報告している⁷⁾(図3)。また、Suzukiらは循環器疾患による入院患者505例を平均38ヵ月前向きに観察したところ、うつを伴う例はうつを伴わない例よ



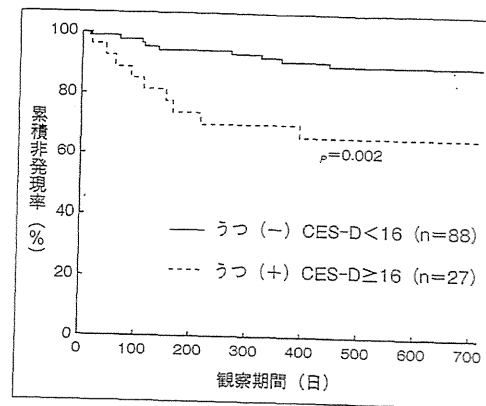
り全死亡および心血管イベントの頻度が高く、そのなかでも心不全死と心不全入院の比率が高いことを報告している¹³⁾(表2)。うつは心不全患者の予後および心血管イベントの予知マーカーになることは確かであろう。しかし、その機序についてはまだ議論がある。心不全患者においてうつがあると、活動性・生活機能が低下し、服薬や食事(塩分制限、水分)、運動など心不全治療のアドヒアランスが悪化する^{3,9,14,15)}。さらに社会や家族のサポートも乏しい例が多い。社会サポートが乏しいことは、心血管イベントなど予後に係わる独立した因子とも報告されている¹⁶⁾。一方、うつによる交感神経系活性亢進、視床下部-下垂体-副腎系の亢進、炎症の関与などが指摘されている^{3,9,17,18)}が、その生物学的機序についてはまだ明らかになっていない。最近、Shimizuらは、うつが生活の機能的制限に関与していること、また、生活の機能的制限(Performance Measure for Activities of Daily Living 8: PMADL-8 \geq 24)が持続する心不全患者はHADS-Dのスコアが高く、うつの頻度も高いことが示された¹²⁾。うつと心不全の病態生理学的関係はまだ明らかでないが、うつが心不全患者の生活機能や治療のアドヒアランスを大きく低下させていることがその予後に係わっている可能性は高く、このあたりが介入の標的になるかもしれない。

「うつ」を伴うと心不全患者の死亡・心血管イベントのリスクが2倍となる

(Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al.: Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention-effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol. 48: 1527-1537, 2006¹¹⁾より引用)

日本人心不全患者における心臓死および心不全入院

(Kato N, Kinugawa K, Yao A, et al.: Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with heart failure. J Card Fail, 15: 912-919⁷⁾より引用)



総死亡	21	20	<0.01
心臓死	18	17	<0.01
突然死	1	3	0.42
心不全死	17	5	<0.01
心臓梗塞死	0	2	0.46
脳梗塞死	0	1	0.59
他の血管死	0	1	0.59
非心臓死	3	3	0.08
心不全による入院	22	30	<0.01
不安定な状態による入院	2	3	0.64
血行再建のための入院	5	5	0.02
観察中に入院	0	1	0.59
難治性心不全による入院	1	3	0.30

循環器疾患入院患者のうつの有無とその後の死亡・心血管イベント

(Suzuki T, Kuwahara K, et al.: Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease—Prospective single-center observational study— Circ J, 75: 2465-2473, 2011¹³⁾より引用)

治療

うつを伴った心不全患者に対する抗うつ薬の治療介入の有用性を検討した報告がいくつかある^{19,20)}。この結果、抗うつ薬は心不全患者のうつ症状を改善し、有害事象も発現しなかった。一方、左室駆出率45%以下の慢性心不全でうつと診断されている148名を対象に、選択的セロトニン再取り込み阻害薬であるセルトラリンを無作為に用いたSADHART-CHF (Sertra-

line Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) では、12週間の治療期間中のうつのスコア(HADS-D)はセルトラリンとプラセボで差がなく、心血管イベントにも両群で有意な差は認められなかった²¹⁾。しかし、この試験のサブ解析により、セルトラリンあるいはプラセボであってもうつが寛解した患者はその後の心血管イベントも少ないことが示されている²²⁾。

脳出血が多いこと、慢性的な脳虚血（血流低下）、代謝障害、脳萎縮、睡眠障害あるいは神経伝達物質の異常などの多くの要因がその機序に関与している³¹⁾。さらに65歳以上の心不全外来患者を対象とした研究によると、70%で認知障害（Montreal Cognitive Assessment: MoCA < 26）が認められ、NYHA心機能分類Ⅲ/Ⅳ度では91%とⅠ/Ⅱ度の52%に比し頻度が高く、重症度も関係している³²⁾。一方、心不全が改善すれば認知機能も改善するという報告もあり、一部では可逆性でもある^{33,34)}。心不全患者における認知障害は決して少なくなく、身体障害やQOL低下などを伴うこと、さらに今後高齢心不全患者が増加することから重要な課題である。

予後と心血管イベント

認知障害が、高齢心不全患者の予後に関与していることが指摘されている。後ろ向き研究ではあるが、高齢心不全入院患者968名（平均78歳）を検討したところ、認知障害のある患者がない患者に比し死亡率が高く、5倍のリスクがあると報告されている³⁵⁾。また、1,092人の高齢入院患者（平均79.5歳）を検討したと

ころ、認知障害を合併すると6ヵ月死亡のリスクが有意に高く、心不全患者でも同様であることが示された³⁶⁾。一方、高齢心不全患者200名に心不全管理プログラムの介入効果を検討した前向き研究では、認知障害を有する患者（Mini-Mental Status Examination: MMSE 19~26、平均81歳）は有さない患者（MMSE > 26、平均75歳）に比し、介入の有無に係わらず5年後の死亡率が高く、2倍のリスクがあるとされた³⁷⁾（図4）。さらに認知機能のなかでも記憶障害が心不全患者の死亡に関係し、記憶障害の予防・対策の必要性が指摘されている³⁸⁾。

治療

特別な治療法の介入に関する報告はほとんどない。心不全増悪のために入院となった患者の42~80%は服薬コンプライアンス、49~78%は食事（塩分等）のコンプライアンスが悪化しているといわれる³⁹⁾。とくに認知障害で問題となる服薬や食事のアドヒアランスの維持が大きな問題となる。心不全患者を対象に退院後の管理プログラムを施すことで再入院を減らしたという報告がある⁴⁰⁾。しかし、認知障害を有する心不全患者に対しては管理プログラムを導入し

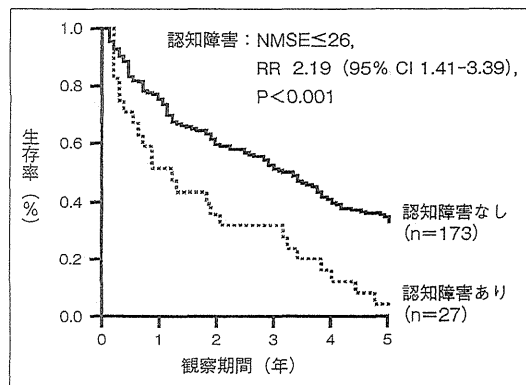


図4 高齢者心不全患者における認知障害と生存率

NMSE: Mini-Mental Status Examination, CI: confidence interval (McLennan SN, Pearson SA, Cameron J, et al.: Prognostic importance of chronic heart failure patients: does specialist management make a difference? Eur J Heart Fail, 8: 494-501, 2006³⁷⁾ より引用)

ても死亡率改善には至らなかったという報告もある³⁷⁾。認知障害を有する心不全患者に対する特異的な在宅管理プログラムや介入方法については今後さらに検討を要するが、その必要性は認識されている。

まとめ

心不全患者において精神的問題は大きく、さらにその予後に係わる重要な因子であることがわかってきた。しかし、従来循環器疾患でいわれてきた「リスクファクター」になりうるかはまだわからない。ただ、この問題に取り組むことは心不全患者のQOLを改善し、治療へのアドヒアランスが向上することで治療効果の改善、そして予後改善にもつながることと期待される。今後、心不全患者に対するより詳細な標的の抽出と多職種との連携（チーム医療）、社会でのサポート体制の構築が望まれる。

参考文献

- Egede LE: Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry, 29: 409-416, 2007.
- Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, et al.: Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. Circulation, 118: 1768-1775, 2008.
- Whooley MA: Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. JAMA, 295: 2874-2881, 2006.
- Lesperance F, Frasure-Smith N: Depression in patients with cardiac disease: a practical review. J Psychosom Res, 48: 379-391, 2000.
- Havranek EP, Ware MG, Lowes BD: Preva-

lence of depression in congestive heart failure. Am J Cardiol, 84: 348-350, 1999.

- Guck TP, Elsasser GN, Kavan MG, et al.: Depression and congestive heart failure. Congest Heart Fail, 9: 163-169, 2003.
- Kato N, Kinugawa K, Yao A, et al.: Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with heart failure. J Card Fail, 15: 912-919, 2009.
- Koenig HG: Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. Gen Hosp Psychiatry, 20: 29-43, 1998.
- Jiang W, Alexander J, Christopher EJ, et al.: Relationship of depression to increase risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Arch Intern Med, 161: 1849-1856, 2001.
- de Denus S, Spinler SA, Jessup M, et al.: History of depression as a predictor of adverse outcomes in patients hospitalized for decompensated heart failure. Pharmacotherapy, 24: 1306-1310, 2004.
- Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al.: Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol, 48: 1527-1537, 2006.
- Shimizu Y, Yamada S, Miyake F, et al.: The effects of depression on the course of functional limitations in patients with chronic heart failure. J Cardiac Fail, 17: 503-510, 2011.
- Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al.: Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease—Prospective single-center observational study—. Circ J, 75: 2465-2473, 2011.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Groghan TW: Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med, 160: 2101-2107,

- 2000.
- 15) Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, et al.: Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*, 27: 434-440, 2006.
 - 16) Tsuchihashi-Makaya M, Kato N, Chishaki A, et al.: Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circ J*, 73: 280-287, 2009.
 - 17) Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J: Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation*, 99: 2192-2217, 1999.
 - 18) Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS: The cardiovascular toll of stress. *Lancet*, 370: 1089-1100, 2007.
 - 19) Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA, et al.: A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *Am Heart J*, 153: 868-873, 2007.
 - 20) Lesperance F, Frasare-Smith N, Laliberte MA, et al.: An open-label study of nefazodone treatment of major depression in patients with congestive heart failure. *Can J Psychiatry*, 48: 695-701, 2003.
 - 21) O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, et al. for the SADHART-CHF Investigators: Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure. Results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) Trial. *J Am Coll Cardiol*, 56: 692-699, 2010.
 - 22) Jiang W, Krishnan R, Kuchibhatla M, et al. for the SADHART-CHF Investigators: Characteristics of depression remission and its relation with cardiovascular outcome among patients with chronic heart failure (from SADHART-CHF Study). *Am J Cardiol*, 107: 545-551, 2011.
 - 23) Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark AL, et al.: Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail*, 7: 803-808, 2005.
 - 24) De Jong MJ, Moser DK, An K, et al.: Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 3: 247-253, 2004.
 - 25) Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, et al.: Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110: 3452-3456, 2004.
 - 26) Friedmann E, Thomas SA, Liu F, et al.: Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J*, 152: 940, e1-e8, 2006.
 - 27) Konstam V, Salem D, Pouleur H, et al.: Baseline quality of life as a predictor of mortality and hospitalization in 5,025 patients with congestive heart failure: SOLVD Investigations (Studies of Left Ventricular Dysfunction Investigators). *Am J Cardiol*, 78: 890-895, 1996.
 - 28) Damen NL, Pelle AJ, Szabó BM, et al.: Symptoms of anxiety and cardiac hospitalization at 12 months in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 27: 345-350, 2012.
 - 29) Cully JA, Stanley MA, Deswal A, et al.: Cognitive-behavioral therapy for chronic cardiopulmonary conditions: preliminary outcomes from an open trial. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12. pii: PCC.09m00896.
 - 30) Vogels RLC, Scheltens P, Schroeder-Tanka JM, et al.: Cognitive impairment in heart failure: A systemic review of the literature. *Eur J Heart Fail*, 9: 440-449, 2007.
 - 31) Sila CA: Cognitive impairment in chronic heart failure. *Cleve Clin J of Med*, 74 (Suppl 1): S132-137, 2007.
 - 32) Harkness K, Demers C, Heckman GA, et al.: Screening for cognitive deficits using the Montreal Cognitive Assessment tool in outpatients 65 years of age with heart failure. *Am J Cardiol*, 107: 1203-1207, 2011.
 - 33) Almeida OP, Tamai S: Congestive heart failure and cognitive functioning among older adults. *Arq Neuropsiquiatr*, 59: 324-329, 2001.
 - 34) Zuccala G, Onder G, Marzetti E, et al.: Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and variations in cognitive performance among patients with heart failure. *Eur Heart J*, 26: 226-233, 2005.
 - 35) Zuccala G, Pedone C, Cesari M, et al.: The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. *Am J Med*, 115: 97-103, 2003.
 - 36) Rozzini R, Sabatini T: Cognitive impairment and mortality in elderly patients with heart failure. *Am J Med*, 116: 137-138, 2004.
 - 37) McLennan SN, Pearson SA, Cameron J, et al.: Prognostic importance of chronic heart failure patients: does specialist management make a difference? *Eur J Heart Fail*, 8: 494-501, 2006.
 - 38) Pressler SJ, Lim J, Riley P, et al.: Memory Dysfunction, Psychomotor Slowing, and Decreased Executive Function Predict Mortality in Patients With Heart Failure and Low Ejection Fraction. *J Cardiac Fail*, 16: 750-760, 2010.
 - 39) Evangelista LS, Dracup K: A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Prog Cardiovasc Nurs*, 15: 97-103, 2000.
 - 40) Gregory D, Kimmelstiel C, Perry K, et al.: Hospital cost effect of a heart failure disease management program: The Specialized Primary and Networked Care in Heart Failure (SPAN-CHF) Trial. *Am Heart J*, 151: 1013-1018, 2006.

東京女子医科大学 循環器内科

鈴木 豪, 志賀 剛, 萩原誠久

不整脈と精神疾患、とりわけうつ (depression) と不安 (Anxiety) については、両方向性に影響を及ぼすものとして多くの報告がある。その中で、いくつかの前向き観察研究においても、うつや不安が致死性不整脈の誘因になる可能性が示唆されている^{1,2)}。

その機序については従来から、心拍変動の低下や交感神経の過剰亢進などが取り上げられているが、うつ病や不安障害がある場合、生活習慣や行動様式、糖尿病などの合併疾患の関与がありその機序は複雑である。

我々は自験例から、循環器疾患患者において一定の割合で抑うつ症状が存在し、抑うつは循環器疾患の独立した予後悪化因子であることを示した³⁾。このなかで、うつに関する危険因子として、NYHA 心機能分類および ICD (Implantable Cardioverter defibrillator: 植込み型

除細動器) の使用が要因として考えられ、これは心機能や年齢、性別などを補正してもなお独立した因子であった。

この結果は横断調査からうつの構成要因を検討したものであるが、うつの存在と不整脈の関係、つまり原因か結果かの議論に関してはこの結果からは確認できない。

そこで我々は、新規 ICD 植込みの患者を対象に、植込み以前の精神的要因が作動に関連するかを検討するため、連続 120 名での前向き観察研究を行った。

その結果、致死性不整脈を有する ICD 適応の患者群では、抑うつ症状は 25% に、また不安は 59% に及び、ICD 適切作動は抑うつありかつ不安 (特性不安) がともに高い症例において有意に多いことが示された (図 1)。

この傾向は ICD 適応 (二次予防)、左駆出率、

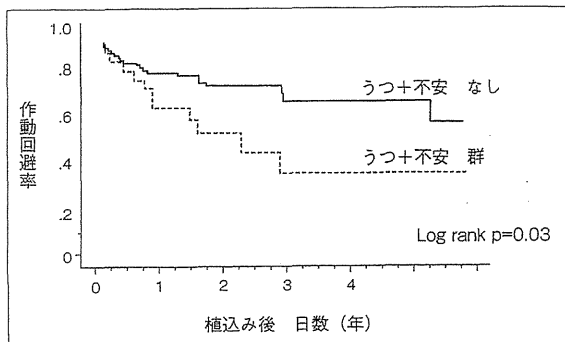


図1 適切作動までの時間

腎機能、NYHA 心機能分類で補正してもなお有意であった (ハザード比 2.3 (95% 信頼区間 (1.05-5.2))).

すなわち、植込み前の精神心理的要因も致死性不整脈の出現に関与している可能性があると考えられる。

また植込み前の患者つまり ICD 使用に関係なく致死性心室性不整脈を有する患者群においてこのように抑うつ傾向と高い不安が見られたことにも注目すべきである。

同時に ICD 使用患者においては一定の割合でうつや不安障害が存在することも多くの研究で示されている。

Sears らによると ICD 使用患者の 24~87% の患者にうつや不安が見られ、13~38% は臨

床上困難な不安を抱えていると報告している⁴⁾。

我々の報告でも横断調査において ICD 使用患者の 32% が抑うつ症状を有し、2 年間の調査期間を経ても約 75% の患者において抑うつが持続していた。抑うつの持続には、いくつかの要因が考えられるが、ICD のショック作動はうつの持続と関連していた⁵⁾。

ICD 使用患者の抑うつや不安を維持させる要因はもちろん作動のみならず、家族のサポートや年齢、性格傾向も挙げられ、それらが複雑に絡み合い、症例によっては医療者の介入が困難なケースにも遭遇する。

具体的事例を通じて、以下に循環器内科医療スタッフが患者に対してどのようにアプローチすべきかを検討することとする。



症例: 53 歳, 男性
主訴: 動悸

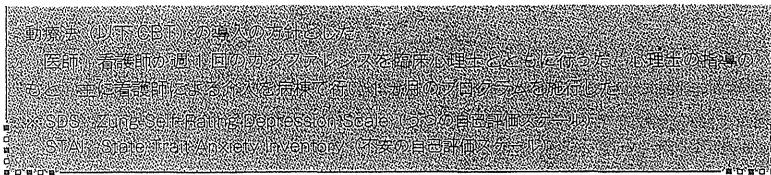
症例は 53 歳の男性。既往歴は肥大型心臓病、室頻拍、高血圧症である。動悸を主訴に受診した。心電図で心拍数 130/分、持続性心室頻拍を提示された。電気的除細動で洞調律に回復した。精査の結果、肥大型心臓病の診断を受けた。室頻拍は持続性心房性不整脈によるもので、心臓病の合併症として認められた。ICD 植込みを施行する術式は Epicardial (25 me, Octapole 20) を用いた。植込み後 2 か月後、1 回作動は ICD が初回作動。その直後に再発作動となったため緊急入院となった。この再発作動は ICD が適切な作動として、心室性不整脈である。患者は高血圧症である。職業は会社員。

植込み前、理学療法士による SDS 29、STAI (特性不安) 29、STAI (特性不安) 30 であった。発作作動入院後、急性期を過ぎた2週間後に再度施行した理学療法では SDS 24、STAI (特性不安) 17、STAI (特性不安) 19 と作動発症前の比較して不安が改善された。

循環器科治療としては、処方されたカテコールアミンシミュレーションがあり薬物療法の強化が必要であった。低頻度交差 (atropine 100 mg) を含むアミノグリコシドの導入を行い、不整脈の減少を期待したが、入院中にも途中に動悸、抑うつ、不安の増強が見られた。薬物療法として精神科医と協議した上で citalopram 10 mg を導入した。

入院後 2 か月の時点でほぼ心室頻拍が抑制された。患者の発作、作動に対する恐怖が強い。心理検査を再検討したが SDS、STAI もともに数値が維持された。また ABL の拡大が得られ、退院が困難な状態となった。

患者の長期不安、作動に関する恐怖が強く、臨床心理士と精神科医と協議を行った。精神科的診断は ICD 作動と関連した不安障害であり、抗不安薬から SSRI の変更および認知行



①問題点の整理

いつどこで作動がおこるかわからないという予期不安から一人で行動することを避け(回避行動)、医療者の付き添いやモニターで発作が起こっていないことの確認を求める「安全確保行動」が出現した。さらに作動について考えると胸部不快感、胃のむかつきなどを自覚するという不安による身体化症状も出現していた。

②認知行動療法(CBT)の実施

不安日記を患者と医療スタッフで共有し、どのような場面で不安が生じるのかを記録(不安対象のセルフモニタリング)し、患者自身が不安を感じたときにどのように対処しているか(コーピング)にも注目した。ここで挙げられたコーピングを積極的に使用するように患者を励まし、行動拡大を進めていき、回避していた入浴や病棟外への散歩が可能になった(段階的な行動拡大の継続、リラクゼーションの導入)。

CBT導入後、患者の回避行動は改善し、不安に対する対処法を獲得したことで退院に対する不安も改善した。退院前最終の心理テストではSDS 37, STAI(状態不安) 30, STAI(特性不安) 34まで改善した。

ICD・CRTD 使用患者のメンタルケア

介入のタイミング

Sears らによると、ICD 患者の心理的危険因子は①若年、②社会的サポートが乏しい、③疾患による身体制約、④ICD 作動、⑤ICD そのものの受け入れが十分でないなどの要因が挙げられている⁴⁾。作動に関しては前述の我々の報告でも、頻回作動後に一定の頻度で作動を経験した例は経時的に抑うつが持続することが示された。植込みからの期間は抑うつ持続には関連を認めなかった⁵⁾。

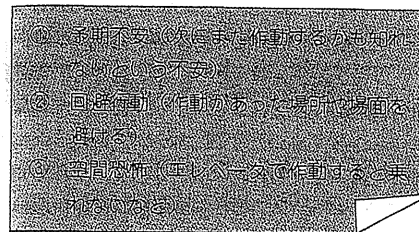
①植込み前

したがってこれらのデバイスを使用する患者に対して、植込み前の説明は患者の device acceptance という観点から極めて重要である。要旨は突然死の回避というメリットのみならず、誤作動の可能性やデバイス感染のリスク、作動の種類とプログラミングの内容などを十分に説明する必要がある。また退院後に重要になる作動時の対応も重要である。病院への連絡や家族の対応の仕方を説明する。近年は自宅で作動状況やリードトラブルなどを監視するホームモニタリングシステムが拡充しつつあり、患者のQOL 向上に今後期待がもたれている。

②植込み後

上記リスクに準じ、作動頻度が多い例やとくにCRTD 適応の慢性心不全の症例は心不全の重症度による抑うつが見られることがあり、両者を満たす場合は心理的負荷にも十分注意が必要である。

本症例提示のごとく心理的負荷は各種スクリーニングを用いて身体科でも評価は可能である。ICD 患者の場合、



の訴えが強く生活の質を損ねると考えられた場合は心理テストがなくとも臨床心理士やリエゾン科への紹介を考慮する。

上記の反応は多かれ少なかれすべての患者にみられるとも考えられるが、通常は作動経験のあと時間とともに改善していくことが多い。しかし症例により持続したり、程度が強く退院困難、退院後のQOL を著しく損ねる場合は介入が必要である。

介入の方法は以下に示すように薬物療法や認知行動療法などの方法が検討される。

具体的な介入の方法は何か

①薬物介入

ICD 作動や不整脈発作に伴う不安の増強、抑うつ状態は心身症としての急性反応であり、急性の反応に対処するためには薬物療法が有効である。ベンゾジアゼピン系抗不安薬などは短期間で不安を緩和させるには有効な薬剤である。

SSRI は効果発現までに時間を要するため、作動急性期には即効性の期待できるベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用し、継続して薬物療法が必要な持続する抑うつにはSSRI の有効性が期待される。

②心理療法

認知行動療法の基本は、不安対象の具体化(セルフモニタリング)と不安を感じた際の対応(コーピング)を把握し、緊張緩和のためのスキルを獲得しながら段階的に行動の拡大を図る(エクスポージャー)ことである。不安を抑うつ、パニック症状は薬物療法で緩和が期待できるが、予期不安は薬物療法で改善が難しいため認知療法が症例によっては有効であると考えられる。

看護師を中心に治療を行い、チーム医療で患者に対する包括的な関わりをもつことで、不安に対する対処法や行動変容のスキルを患者自らが獲得することが可能となる。ICD 症例におけるCBT の有用性の報告が散見される^{6~8)}。

このような心理療法の導入には循環器内科と精神科医または臨床心理士との密な連携が非常に重要である。

◆参考文献◆

- 1) Whang W, Albert CM, Sears SF, et al.: Depression as a predictor For appropriate shocks among patients with implantable cardioverter defibrillators: result from the Triggers of Ventricular arrhythmias study. JACC, 45(5): 1090-1095, 2005.
- 2) Van den Broek KC, Nyklicek I, Van der Voort PH, et al.: Risk of ventricular arrhythmia after implantable cardioverter Defibrillator treatment in anxious type D patients. JACC, 54(6)531-537, 2009.
- 3) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al.: Depression and outcomes in hospitalized Japa-

- nese patients with cardiovascular disease: a prospective single-center observational study. *Circulation J*, 75(10): 2465-2473, 2011.
- 4) Sears SF, Conti JB: Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart*, 87: 488-493, 2002.
- 5) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al.: Prevalence and Persistence of Depression in Patients with Implantable Cardioverter defibrillator: 2 years longitudinal study. *Pacing Clin Electrophysiol*, 33(12): 1455-1461, 2010.
- 6) Lewin RJ, Coulton S, Frizelle, DJ, et al.: A brief cognitive behavioural pre implantation and rehabilitation program for patients re-

ceiving Implantable Cardioverter Defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned re-admissions. *Heart*, 95: 63-69, 2009.

- 7) Sears SF, Sowell LD, Kuhl EA, et al.: The ICD shock and stress management program: A Randomized Trial of Psychosocial treatment to optimize Quality of life in ICD patients. *PACE*, 30: 858-864, 2007.
- 8) Chevalier P, Cottraux J, Mollard E, et al.: Prevention of Implantable defibrillator shocks by cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Am Heart J*, 151: 191 (e1-e6), 2006.

IV. 冠動脈疾患と抑うつ・不安

日本医科大学 内科学講座 (循環器・肝臓・老年・総合病態部門)

中村俊一, 加藤浩司, 水野杏一

この十数年の間に、虚血性心疾患のリスクファクターについての研究は大変な進歩を見せ、その2次予防の治療法は確立しつつある。その中で抑うつや不安、怒り、社会的孤立といった心理社会的因子が急性心筋梗塞 (myocardial infarction: MI) や心臓突然死の重要なリスクファクターであり、さらにはアテローム性動脈硬化の進展に寄与するというインパクトのあるエビデンスが集積されている。しかしながら、日常診療の中で比較的事実感がつかみづらいこともあり、本邦の循環器診療において、このような因子に対して十分な評価がされ、介入が行われているとはいえない。本稿では、心筋梗塞をはじめとした虚血性心疾患に対する抑うつ、不安、怒りといった心理社会的因子についてスクリーニングから診断と治療・ケアまで解説する。

冠動脈疾患と心理社会的因子

冠動脈疾患と心理社会的因子との関連については多くの研究がなされ、1959年にFriedmanらが虚血性心疾患患者には過度の競争心、潜在的敵意性などをもつことが多く、こういった性向をタイプA行動パターン (Type A behavior: TAB) と命名した¹⁾。TABが冠動脈疾患の独立したリスクファクターかどうかについてはいずれの報告もみられるが、1998年にKawachiらはMinnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) Type A Scaleを

用いた診断法でTABが怒りや皮肉といった因子と独立した危険因子であることを報告している²⁾。

その後、TABの主要素の一つである敵意性 (hostility) が、冠動脈疾患と関係する「毒性要素」として注目されるようになった。Barefootらは、730名の健康男性を27年間追跡し、敵意性の高いものは、そうでないものに比べ心筋梗塞になる確率が1.6倍であったと報告した。敵意性と心筋梗塞発症の関連は、喫煙、アルコール摂取、身体活動度、body mass indexといった日常行動に関連するリスクファクターで調整すれば、その統計学的有意性を失うという研究もあるものの、メタ解析を用いたレビューによると、敵意性は冠動脈疾患の独立したリスクファクターであると結論づけられている⁴⁾。加えて2011年にNewmanらは敵意性の評価を従来のようなアンケート形式ではなくインタビュー形式による客観的評価で判断すると、敵意性はより鋭敏な指標となったと報告している⁵⁾。

さらに最近では疫学的研究から冠動脈疾患患者において抑うつ、不安、社会的支援が独立した予後指標であるとの注目すべき報告が多数なされている。

冠動脈疾患患者はうつ病の罹患率が高い

うつ病の評価尺度を用いたLadwigらの研究によれば冠動脈疾患患者の20~50%がなんらかのうつ症状を呈していたと報告されてい

精神腫瘍学 クリニカルエッセンス

【監修】

日本総合病院精神医学会がん対策委員会

【編集】

小川 朝生

国立がん研究センター薬物臨床開発センター
精神腫瘍学開発分野

内富 庸介

岡山大学大学院医歯薬総合研究科
精神神経病態学

◎ 課題

緩和ケアチームの理想モデルは、現場の医療プライマリーチームが主体的に関わり、緩和ケアチームのメンバーは相談役として加わって患者・家族への緩和ケアの最適化を図ることである。しかし現在は、緩和ケアの責任所在が不明確となったり、アドバイスから現場のスタッフの実行までに時間がかかったりするため、緩和ケアチームがプライマリーチームの役割を代行していることが多い。このことは、長期的には緩和ケアチームメンバーの技術向上にはなるが、現場の緩和ケアは広がらない、深まらない。既存の緩和ケアの最適化を阻む要因の検討、また、終末期のうつ状態など切迫した状況の患者への対応が課題となっている。

精神腫瘍医のカリキュラムや、人材育成のための教育訓練体制が整備される必要がある⁹⁾。

◎ おわりに

緩和ケアでは人材の育成が急務であるが、理念をかざすだけの単なるチームの存在の正当化に終わることなく、がん患者・家族のためにいかに緩和ケアを向上させるかを全員の目標に、その有効性を地道に実証することを目指すべきである。ユーザーから見て one access point で切れ目のないケアの供給体制が理想であり、緩和ケアチームは病棟、在宅を結ぶうえで必須の存在である。

文献

- 1) 内富庸介：緩和ケア診療加算の導入に当たって。Depression Frontier 1：81-85, 2003.
- 2) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al：Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? J Pain Symptom Manage 25：96-100, 2002.
- 3) Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Health Services (NHS) - National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004.
- 4) 内富庸介、藤森麻衣子（編）：がん医療におけるコミュニケーションスキル。医学書院、東京、2007.
- 5) 内富庸介、小川朝生（編）：精神腫瘍学。医学書院、東京、2011。（内富庸介）

◎ 精神腫瘍学コンサルテーション これらには

リエゾン・コンサルテーション精神医学では、精神医学の知識体系を用いて、身体治療中の患者に関係する精神症状や心理・社会的問題に適用し、その苦痛や症状に対応することが求められている。応用先はさまざまであるが、特にがん医療に対し特化した領域が精神腫瘍学のリエゾン・コンサルテーション活動である。

ここでは、がん医療のコンサルテーションを受けるにあたり注意すべき最重要項目をまとめた。

◎ コンサルテーションに際して

以下の誤解に注意する

- ・がんに罹患してうつ病になるのは正常である
- ・精神科的な治療は役に立たない
- ・全てのがん患者は苦痛を抱えながら亡くなっていく

がんに罹患するという破局的なストレスに対して、不安や抑うつ、不眠が生じるのは当然の反応であるが、通常2週程度で適応していく。通常反応と不適応に陥るうつ病を鑑別することが、精神腫瘍医の役割である。

うつ病自体が生活の質の低下を引き起こすため、適切な対応が必要である。がんに関連したうつ病も、他のうつ病と異質な病態ではない。薬物療法を含めた同様の対応が必要である。

◎ 精神症状

睡眠障害

不眠もがん患者の苦痛の一因であり、さまざまな精神症状の入り口である。注意を払って扱う

不眠でコンサルトがくることに驚かれる精神科医が多いかもしれない。ともすれば「不眠は病気ではないから」と返事をしがち

なこともある。しかし、不眠自体ががん患者の苦痛の一因であり、不眠に適切に対応されないと、倦怠感の増悪や疼痛の悪化など、身体症状コントロールが悪くなる。また、うつ病やせん妄などの疾患が隠れていた、薬剤による有害事象が背景に存在することがある。不眠だからと軽視をせず、ていねいに病態を追い、患者の苦痛に配慮をする。

睡眠導入薬を用いる際には、短・中時間型を少量から使用する。がん患者は全身状態が不良なことも多い。既して薬効は遅延しがちである。

眠気

眠気も患者の苦痛である。ていねいに評価をする

一般の精神科臨床では眠気の相談を受ける機会はほとんどないが、がん医療においては、オピオイドによる眠気、注意力障害があり、患者のQOLを損ねる一因になる。

不安

- ① 不安の背景を理解し、現実的な対応方法を提案することが精神腫瘍医の役割である
② アカシアを見落とさない

① 不安を主訴としたコンサルテーションには様々な背景がある。がん患者の不安に対して、精神腫瘍医が求められる役割は、不安の背景を包括的に検討し、現実的に提供できるケアを提案することである。単に不安に対して抗不安薬を処方することが求められているのではない。なかには治療に関する情報提供が不足している場合や、担当医とのコミュニケーションがうまくいかないことが要因の場合もある。背景を理解し、担当医や病棟スタッフに返ししながら環境を調整し、対応を進めていく。

② しばしば、副吐薬としてプロクロロールパジン（ノバミン®）、ハロペリドール（セレネース®）などの抗精神病薬が頻用される。アカシアが見落とされ、不安・不穏として紹介されることが多いので注意する。

疾患

せん妄

- ① 「がん」があっても半数以上のせん妄は治療に反応する。治療可能なせん妄を拾い上げて積極的に対応する
② 低活動性せん妄を見逃さない

① がんがあるからといってせん妄は不可逆ではない。脱水や薬剤性の場合は、原因を取り除くことにより回復する可能性が高い。② 低活動性せん妄は行動障害が目立たないため、問題と認識されずに放置されることがある。しかし患者には苦痛な体験であり、コミュニケーションがとれないことは家族にとっても苦痛である。積極的に対応する。見当識障害の有無を確認することで鑑別可能。

- ③ せん妄の診断を下して終わりではない。せん妄の原因を必ず特定し、現実的な対応方法を担当医・病棟スタッフに提示する
④ せん妄の患者・家族の苦しみを理解し支持する
⑤ いきなりオピオイドは中止しない
⑥ とりあえず睡眠導入薬という対応はしない

① たとえせん妄であっても患者の苦しみに変わりはない。「せん妄だから話をしても無駄」ではない。共感をもって接する。② オピオイド（モルヒネ製剤、オキシコドン）を原因とする可能性が高くても、投薬を必要とする身体症状がある。症状緩和が図れなければ、オピオイドを中止したとしてもせん妄は改善しない。③ せん妄にベンゾジアゼピン系薬剤処方治療効果がない。

- せん妄の薬物療法に関連して
⑦ 抗精神病薬は少量から始め、単剤投与を原則とする
⑧ パーキンソン病治療薬を併用しない
⑨ 終末期においては、苦痛を軽減するため注射薬は皮下注を考慮する

⑦ 興奮が強いからと、一般の精神科臨床の用量で開始をしない。高率で過鎮静を引き起こす。少量から漸増する。

- ⑧ パーキンソン治療薬作用のメリットはない。逆に増悪因子になるので、抗精神病薬単剤を原則とする。
⑨ 注射薬を筋注する意味はほとんどない。侵襲と苦痛を避けるために皮下注を基本に考える。

- 薬物療法の種類に関連して
⑩ 鎮静と治療効果を混同しない
⑪ 薬剤の代謝・排泄に注意する

⑩ 抗精神病薬の鎮静効果を薬効と誤解されがちである。抗精神病薬は認知障害の改善目的で使用しているものであり、鎮静をかけるために抗精神病薬を使用しているのではない。⑪ 抗精神病薬は基本的に肝代謝であるが、リスパリドンのように代謝産物の半量が腎排泄の薬剤もある。脱水や腎機能障害のある場合に、予想以上に鎮静効果が強くなる場合があり注意する。

せん妄の環境調整

- ⑫ 原則として拘束は避ける
⑬ 術後せん妄への対応と混同し、「せん妄は一過性だから」と拘束のみで対応すればよいとの誤解がある。原因への対応をせずむやみに拘束をするメリットはない。拘束することで不安を増強し、せん妄が悪化する危険性がある。また、拘束をみた家族の不安感も大きく、家族-医療者間の信頼関係にも影響する。

- ⑭ 定期的にフォローをする
⑮ 家族の不安にも心配りをする

⑭ 患者の状況は日々変化する。身体症状に合わせて、定期的なフォローを続ける。薬を出しっぱなしにしない。⑮ 家族はせん妄の状態をどのようにとらえてよいかわからず、不安が募ることが多い。(1) 身体の原因で生じる意識障害であること、(2) 身体の状態に応じて変動すること、(3) 日内変動があることを説明する。同時に、(4) たとえつじつだが変わらず、まとまりのない会話であったとしても、本人の希望やしたいことを伝えること、(5) 家族と話をしていることを伝えて、声をかけたり関わりをもつことを勧める。

- ⑯ 終末期せん妄だとしても鎮静をして終わりではない

⑯ 病状の変化に家族の気持ちがあいつかないことも多い。家族の介護疲れがないか、罪悪感や不安を感じていないか、配慮するともに声をかける。家族のつらさを理解し、家族ができるケアと一緒に考え提案する。

適応障害

- ⑰ 「がんがだつた不安になるのはあたりまえ」ではない
⑱ 適応障害に対する精神腫瘍医の役割は、患者の苦痛の背景を包括的に評価し、対処可能な問題を随時拾い上げることにある。現実的な対応方法を提案し、患者や担当医と協同して解決作業にあたる

⑰ 「精神症状が重度ではないので治療の対象から外れる」との誤解がある。「もっと重症の人がいる」「病気がないから」と憐れむのではなく、受診せざるを得ない背景をふまえて、医師-患者関係や治療の信頼関係をふまえて対応する。

⑱ 通常反応との境界を注意して判断する。告知などのイベントから2週間以上たっても改善しない場合、うつ病のハイリスクとして認識・対応する。

適応障害は除外診断であり、多様な病態・背景が混在している。告知などの負荷に反応した一過性の通常反応から、うつ病の前駆状態、疾患に加えて社会経済的問題を抱えている場合や家族内葛藤を反映している場合もある。定型的な薬物療法のみで対応することは困難である。現在の抗がん治療の段階をふまえて、身体因子（特に疼痛）、社会心理的関係の評価する。特に、今後起こりうるイベントは把握し、そのときに備えて対応にあたる。

気分障害

- ⑲ 「がんと言われて落ち込むのはあたりまえ」ではない
⑳ がん治療ごとの段階か（治療をめざすのか、延命か、症状緩和か）必ず確認する

①告知に伴うだけでなく、薬剤性その他様々な要因でうつ病は生じる。

②重要な治療方針を決定しなければならない場合がある。悲観的な認知や自責念慮が強い場合、本人が治療を拒否する可能性がある。意思決定の問題が絡むので注意をする。

「もしばしは診察時に『このまま死んでしまうのでしょうか』『もう治療はできないのでしょうか』との質問が出てくる。『担当医に聞いてください』と答えがちであるが、答えようのない質問とわかっていながらも質問せざるを得ない患者の不安・気がかりをくみ取り、支持的に接する

- ③ 面接の設定は柔軟に対応する
- ④ 適切な支持的精神療法を提供する。

⑤患者の身体状態は日々変化する。日時や場所を設定しても、想定外の疼痛の増悪やADLの低下を呈することがある。

⑥抗うつ薬を処方して終わりにしない。患者の懸念、不安を傾聴し、その背景を理解する支持的精神療法の関わりを行う。

- ⑦ 治療の見直しを担当医・病棟スタッフに伝える
- ⑧ 担当医や病棟のニーズを把握する

うつ病と診断されると、担当医はどのように対応をしてよいのか、治療の経過がいつ・どのようなようになるのか見当がつかないことが多い。「治療の選択肢を示してよいか」「病状説明をしてもよいか」「退院を進めてもよいか」など、治療計画を立てるうえでの見直しを求めている。

薬物療法に関連して

- ① 多剤併用は避ける
- ② 抗うつ薬は少量から開始し、漸増する
- ③ 抗うつ薬の有罪事象に気を配る

④抗うつ薬に抗不安薬、睡眠導入薬などの多剤併用はできるだけ避ける。抗がん治療や他の支持療法ですでに多剤併用になっている状態が多い。思いがけない相互作用を避けるために、単剤

処方原則にする。

- ⑤少量のSSRIでも過鎮静を生じる場合がある。特に初回投与は有害事象に細心の注意を払う。
- ⑥また、抗がん治療において悪心・嘔吐が出現する機会が多い。もともと食欲が低下していることが多く、悪心・嘔吐や食欲低下に対する不安感が強い。SSRI、特にパロキセチンやフルボキサミンを使用する場合、有害事象の悪心・嘔吐の出現に注意する。予防的に制吐薬を使用することも考える。

対応に関連して

- ⑨ 家族の不安にも配慮をする
- ⑩ 食事や便秘の問題も適切に扱う

⑪身体治療の経過の中で、うつ病に対する誤解はまだ多いのが現状である。抗がん治療によって「おかしくなったのではないか」と懸念し、あるいは家族が治療を勧めたことに罪悪感をもつ場合もある。うつ病への対応を説明するとともに、家族のもつ不安・懸念についてさぐる。

⑫うつ病による食欲の低下を「治療への意欲が足りないからだ」ととらえ、「食べないと体力が落ちる」と心配する家族が多い。家族が過度に食事にこだわると、本人の苦痛が強くなるので注意を払う。

⑧ 身体症状

- ① 身体症状も必ず評価をする
- ② 痛みを放置しない

- ①せん妄もうつ病も、疼痛や倦怠感など身体症状との関連は深い。身体症状への対応を行うことなしに精神症状の改善は望めない。身体症状緩和担当医とも密に連携をとる。
- ②「自分は担当ではないから」と放置しない。常に患者の身体症状も気にかけて、増悪があれば必ず担当医、身体症状緩和担当医に伝えて対応を求める。

④ チーム医療・医療スタッフのケア

- ① 精神症状緩和を精神科医・心療内科医だけで抱え込まない
- ② 担当医・病棟スタッフの役割を取らない
- ③ 担当医や病棟スタッフを責めない。「教えてあげる」ではなく、「一緒に勉強させてください」という態度が望まれる

コンサルテーションを依頼することに慣れない担当医は、他人の目が入ることに恐怖を感じがちである。コンサルテーションのゴールは患者の苦痛緩和であるが、医療スタッフの安心と技能の向上もゴールの一つである。依頼を求めた担当医の不安と努力を理解しなければならない。特に終末期では、担当医は治療に失敗したと無力感を抱きがちである。「緩和ケアチームに任せたい」と、担当医が患者と距離を置きがちになる場合があるが、患者・家族が信頼し、期待をしているのは、あくまでも担当医である。担当医の無力感と罪悪感に配慮しながら、継続して治療が提供できるよう担当医を支える。

精神症状への対応は精神科医が主導権をもつが、薬物の評価やケアのポイントの指導など看護師や薬剤師をまじえて分担する。

- ④ 知識・情報を共有する
- ⑤ スタッフのメンタルヘルスにも目を向ける

がん医療は大半が終結を患者の「死」で迎える。医療スタッフの燃え尽きを予防しメンタルヘルスに気を配ることは、がん医療を維持するうえで重要である。スタッフの心理的な問題は、特定のレジデントや病棟スタッフなどに形を姿えて集中しがちであり、個別に対応するとともにスタッフ全員の動きにも注意を払う。

④ 家族への対応

家族は「第2の患者」である

患者だけではなく、家族も患者と同等以上の精神的苦痛を抱えていることが明らかになっている。ともすれば医療者は、家族を介護者として期待し、家族が受けるべきケアを提供することを忘れがちである。家族の負担、疲労に常に配慮をする。

(小川朝生)

④ チーム医療・医療スタッフのケア

がん患者にはせん妄や適応障害、うつ病など精神疾患が高頻度で出現する。これらの精神疾患には、精神腫瘍学のみならず一般のリエゾン・コンサルテーション精神医学においても関わる人が多いが、がんという致死性の疾患を主な対象としている精神腫瘍学においては、通常の対応に加えて、治療の段階、今後の治療方針、予後をふまえた見直しをはっきりと示す必要がある。

また、身体状態のアセスメントが重要であることは一般のリエゾン・コンサルテーションと相違ないが、精神腫瘍学においては、がん医療の一翼を担い、がん医療の特徴である集学的治療（多職種によるチーム医療：interdisciplinary team）と包括的なアセスメント（comprehensive cancer care）が強調される。

がん医療では精神腫瘍医に求められるコンサルテーションにおいても、他の専門職種と協働するために、明決な判断とわかりやすい情報提供を心がけることが望まれる。

精神腫瘍学におけるコンサルテーションのポイント

- ① 直接担当医と話し、連絡を密にする
- ② 今までのがんの治療経過と今回の入院カルテの記載を確認する
- ③ 治療データを必ず確認する
- ④ 関連する情報を収集する
- ⑤ 患者に負担のかからない面接を行う
- ⑥ 根拠に基づいた明確な判断を下す
- ⑦ 専門用語を用いずわかりやすい言葉で伝える
- ⑧ カルテに記載を残す
- ⑨ 定期的なフォローアップを行う