

# Vascular Street

日本循環器心身医学会・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  
包括的なうつ管理のための研修プログラム

～循環器領域におけるうつに関するジョイントシンポジウム～  
「循環器領域におけるうつのスクリーニングから精神科コンサルトまで」



【座長】	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	伊藤 弘人 先生 横山 広行 先生
【緩和医療】	大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学	安井 博規 先生
【循環器疾患と末期医療】	兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科	大石 醒悟 先生

はじめに

最近1つの学会期間中に、他の学会や研究会をジョイントする形式が増えてきた。なぜなら、包括的に患者さんの病態を把握する必要があるし、共有すべき領域も多い。第60回日本循環器心身医学会総会も、うつや心不全の終末期医療を標的にプログラムを組んでいただいた。シンポジウムには多くの医療職の方の参加があったが、お二人の先生のご講演を紹介したい。

**横山** 最初の講演を大阪大学大学院医学系研究科循環器内科の安井博規先生にお願いします。

**安井** 循環器領域におけるうつ病、特に緩和医療についてお話しさせていただきます。がんの領域では一般的ですが、循環器領域では、まだ馴染みが少ないと思います。がん対策基本法が2007年に施行されて以来、がんの終末期医療、緩和医療は充実してきています。60歳、65歳以上の高齢者の死因をみると、がんによる死亡は減少し、むしろがん以外の死亡が増えています。すなわち、非がんにおける緩和医療の重要性が増してきて

います。WHOの緩和ケアの定義では、生命を脅かす疾患が対象となっていますので、特にがんに限定しているわけではありません。2010年、日本循環器学会は循環器医療における末期医療に関する提言をしています(表1)。末期状態 end-stage から終末期 end of life に至った際に最善の死を迎えることができるような指針が示されました。表2に循環器疾患における末期医療に関する提言をまとめてみました。一般に心不全は経過で分けられます。明らかな心疾患は存在しない Stage A から、難治性心不全状態となる Stage D までの経過をたどります。欧米のガイドラインですが、心不全のステージが ABCD と重症になるにつ

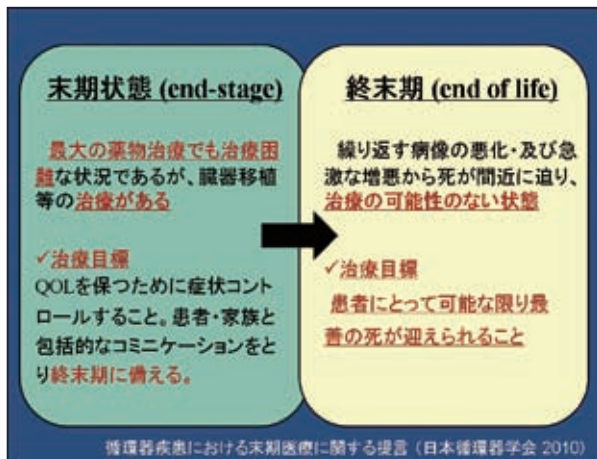


表1

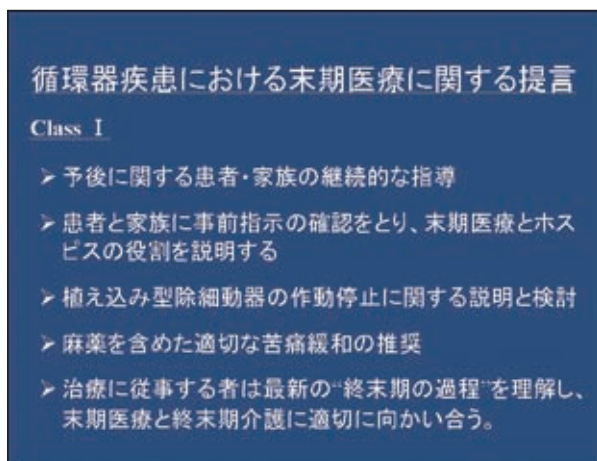


表2

れて、緩和ケアをするように推奨されています。心不全に関しては、良くなったり悪くなったりを繰り返すため、どこからが終末期であるのか、緩和医療の適用になるのかが難しい特徴があります。しかし、がんと同じようにいかなくても、循環器領域における緩和医療を考えていかなければなりません。実際に私たちが心不全の終末期において行った緩和ケアを紹介したいと思います。

70歳の男性、呼吸苦でられました。胃癌の術後の方で、社会背景としては、奥さんとお母さんと3人で暮らして、子供さんがいません。キーパーソンが奥さんと奥さんのお姉さんです。10年くらい前に拡張型心筋症と診断されています。当初、内服薬で様子をみていましたが、7年ほどすると症状は悪化、心エコーでみると心臓の機能が悪くなっているため、β遮断薬が導入されています。3年経ってさらに症状が悪くなってきたので、心不全による入院加療を行っていますが、退院しても症状が増悪してきたということで、再入院となった患者さんです。入院時は血圧が83/60mmHg、脈拍は110/分、心房細動でした。血液検査は肝・腎機能の悪化、胸部レントゲンに心胸比59%と心拡大。左室拡張期径60mm、EFが26%と著明な低心機能を呈していました。この症例は、初めは心不全の基本的治療、β遮断薬導入、これはかなりの量

で使っていましたので、次の方法として、両心室ペースメーカーを埋め込みましたが、むしろ悪くなってきたので、強心薬を開始しました。その治療が一時は功を奏して、点滴がはずれました。その後徐々に呼吸苦であるとか、倦怠感の症状が出てきましたので、強心薬を再開しましたが、この先予後が悪く、退院も難しいのではないかという見通しがたちましたので、1回目のインフォームドコンセントを本人と奥さんにしました。その後、強心薬を増量し、治療を強化しましたが徐々に呼吸苦がでて全身がだるい、何とかしてほしいという状況でした。そこで、2回目のインフォームドコンセントを行って、この症状に対してどうすれば良いか、鎮静薬を使って緩和医療を実施しようとの提案をしました。当然、緩和ケアというと、特に患者さんは、自分は見捨てられたのではないかという思いを持たれますし、がんとは違って緩和ケアには馴染みがないので、この先どうなるのかという不安が強かったようです。主治医だけではなく看護師、薬剤師、精神科の先生、栄養士を含めた多職種のチームでカンファレンスを行いながら、本人ともよくお話をしていきました。鎮静薬によって症状はとれましたが強心薬の減量に至らずに、心不全は悪いなりに安定しているという状況が継続しました。点滴があるので、家に帰ることは難しい状況です。病院のベッドで寝たきりで過ごすのはどうかという思いもありましたので、何とかQOLを上げる方略を、チームで話し合いました。その一つとして、外出を考えました。心不全の患者さんの基本は安静ですので、動くことで悪くなってしまうのではないかと患者さんは心配されていましたが、QOLを上げるという意味で、無理のない範囲で出来ることとして、外出に向けてリハビリを開始しました。その話を3回目のインフォームドコンセントで行って、ベッドサイドのリハビリテーションを行いました。本人もやる気ができて、しだいに自分の病気も受け入れ、リハビリも積極的になってきました。リハビリを開始して1ヶ月くらいで外に出ることができました。そうは言っても心不全が良くなったわけではないので、点滴、強心薬が付いたままということで、心不全は徐々に進行して、その後1ヶ月くらいして亡くなりました。しかし、強心薬の点滴を2つつけて、酸素を吸いながら、すぐ近くの公園を散歩されていました。奥さんも一緒に行かれましたが、まさか外出できるようになるとは思っていなかったと感謝されました。こういう症例を経験させていただきました。この症例は、がんの領域では当たり前ですが、多職種によるチームで行ったこと、精神科の先生のサポートもいただきながら、看護師、薬剤師、栄養士、いろいろな職種でカンファレンスを行ったこと、心不全の治療基本である食事療法、水分制限を緩和して好きなものを食べてもらったこと、あとはリハビリテーションを行って外出できるようになった。そのことで本人のQOLが上がったわけです。あとは、奥さんの調子を常に気遣いながら、奥さんとの時間を大事にして頂いて、たまたまその奥さんのお姉さんがクリスチャンだったので、死生観がしっかりしていましたので、積極的にお話をさせて頂いて関わっていただきました。家族ケアも非常に重要なポイントと思っています。

緩和ケアを考えるにあたって、心不全に限りませんが、QOLを考える意味で、身体面、機能面、心理面、社会面、等の4つのことを



考える必要が出てきます。それに加えて生きがい、生きる意味を含めた包括的な QOL を考える必要があります。患者さんがうつ病であることと、生活上の身近な動作を誰かに頼らなければいけない、こういうことが尊厳に影響を与える因子と報告されています。ですので、心不全の症状が重症になるにつれ、うつ病の誘導率は増えてくるようです。NYHA-IV 度では40%以上の方がうつになる報告もあります。うつを併発すると予後は悪くなるデータもあり、いくつかの研究を平均すると、心不全患者がうつを併発すると心血管イベントは2倍に増えますので、うつはきっちり治療しなければならぬわけです。

終末期におけるうつのエビデンスとしては、特に心不全に限ったわけではないのですが、予後が短くても抑うつ症状を改善するためには、抗うつ薬を投与した方が良い。また、重症な患者にとってはショックな話をしますので、それを聞いたときに誰でも悲しみを受けると思います。その悲しみを受けたときの反応なのか、それともうつによるものなのかを判断した方が良いので、抑うつ症状があるのであれば、精神療法を考慮すべきであるというエビデンスも報告されています。実際に、循環器疾患の患者さんにおいて、うつはどのようにスクリーニングすればよいのかということですが、AHA のガイドラインでは PHQ2、二つの質問、物事にほとんど興味が無い、気分が落ち込む、この二つの質問を始めて、それに当てはまるのであれば、PHQ9というより詳しいスクリーニングをかけて、それによってスコアリングして、軽症、中症、重症という分類をします。重症になるにつれて専門家の治療をお願いする、軽症であれば身体科においてフォローしていく必要があるということ、こういうスクリーニングが提唱されています。

先ほど話しましたが、通常の悲しみの過程とうつ病との区別をしなければいけないという所が大切で、うつ病であればなかなか受け入れができなくて、ずっとそういう症状が継続するという事です。終末期の目標というのは、QOL を保つことですが、身体面、機能面、心理面、社会面に加えて、包括的なすべての QOL を考える必要があって、そのなかでうつは見逃されやすい。多職種のチームでカンファレンスを行ってアプローチをして、家族ケアも重要です。まだまだ循環器領域においては、緩和医療は馴染みがありませんが、すごく重要なことですので、今後このようなエビデンスを蓄積して、活動を行っていきたいと思います。うつは QOL を決める重要な因子であるという事がポイントかと思えます。

**横山** 有難うございました。先生のお話に非常に重要なポイントが含まれています。慢性心不全が重症化したときに予後を告げるということがガイドラインでとりあげられています。例えば、この症例だとあと1年もつか持たないかということ告げるのですが、告げるだけだったら見捨ててしまったと思われがちなので、必ず次はどうしますということを提案する、それがホスピスでやる場合もあるし、在宅治療もあるのですが、それを先生の症例は告げてフォローした。もう一つのポイントは、チーム医療ということで、介入をしながら説明を繰り返すのがポイントですね。それを何度かしながら、だんだんと方向性を見つけていったようです。海外の

ようなガイドラインを、実はすべてやっているという興味深い症例でした。続きまして、姫路循環器病センターの大石先生たちはチームで取り組んでいます。スクリーニング、チーム医療を中心に、お話をさせていただこうと思っています。

**大石** 私どもの病院、姫路の循環器病センターは、300床の病院ですが、高齢者脳機能治療施設が併設されています。もともとは認知症センターがありまして、それが平成14年にこの病院に統合されて、認知症診療を継続しています。そういうわけで、循環器病センターといいながら精神科の常勤医師が3名と心理士がいる恵まれた環境です。循環器患者と抑うつの関連ですけれども、先ほど安井先生もお話されましたが、抑うつは稀じゃない。15%から60%とかなり幅広いようです。米国心臓病学会 AHA は、循環器診療では、抑うつ患者を発見して専門家につなげることが大切である、というステートメントが出されています。アメリカの予防医療研究班が推奨しているのは、うつ状態のスクリーニング後に正確な診断を行っていくことです。治療可能で経過観察できる施設であれば、すべての成人患者にスクリーニングをしなければいけない。スクリーニングは、全例にやってこそそのスクリーニングだろうと考えています。イギリスのガイドラインを作る機構では、民間の人や企業などいろいろな人が入って作るガイドライン作りをやっているようです。こちらでは、過去にうつ病の既往があるとか、障害につながる重大な身体疾患があるとか、そういうリスクを評価したうえで、うつの可能性が高い人をスクリーニングをしようとしています。スクリーニングをした後は、それぞれの問題点を解決していくことが必要です。可能な限り全例でのスクリーニングが望ましいですけど、スクリーニングに関しての教育は非常に大切だと考えてます。循環器内科の医師も、看護師も知っておかなければいけない。疑わしいと判断された症例に関して、精神科のリエゾン、心理士もしくはそれに準ずる知識、経験を持つ医療者によって精神科コンサルトの必要性は重要です。

チーム医療に関してですが、すべてにおいて精神科の先生が絡むということは、現実的に難しいと思っています。それでは、私の病院ではどう考えているかをお示します。精神科のコンサルテーションを引き受けてくれる精神科の医師がいます。週に一度全病棟を回って、医師、看護師から相談を受け、患者の心理、行動の問題についてコンサルテーションをして頂いています。実際には、担当医が参加しなくても進んでいきますので、看護師から話が聞いて、コンサルテーションも入って、治療をサポートしてもらう形になっています。なおかつ、回診も毎週参加してくれる医師がいます。心理教育ができる臨床心理士3名、コーディネーター看護師が核になって動いてくれるわけです。スクリーニングしたあとで、リエゾン看護師を精神科につなぐということが可能だということです。メンバーは、医師、臨床心理士、看護師、リエゾン看護師、老人専門看護師の1名は、毎回参加していただきます。医療安全の医者も加わってもらっています。

一例を示しますが、79歳女性で心不全で入院していた方です。点滴の治療薬で良くなって、一方で僧帽弁逆流があつて、これは手

術しなければいけないという説明をしました。少し落ち込んでいたのか、病棟リハビリ中に転倒、これでリハビリも進まなく、精神科エリゾンコンサルトを受けまして、抑うつ15点、不安が13点ということで、そちらに対して介入を始めました。内服調整をしまして、以後は不安も無くなって、リハビリもして、心不全もある程度落ち着いたということで、手術もせず帰宅されてます。これは、非常に分かりやすい症例かなと思います。

心不全の軌跡の図を示します(図3)。心不全は、寛解、増悪を繰り返します。最期の部分だけを取り上げて、この方の経過を見ますと、末期状態から終末期の移行の段階にあると考えられたため、心理介入目的で心理リエゾンナースに介入して頂き、その後、一旦強心薬の持続投与にて小康状態となりましたが、2か月後には再度肺炎を契機に、倦怠感、呼吸困難感も徐々に増悪。死期の近いことを本人、家人へ再度説明。本人、家人共に呼吸困難感の緩和を再度希望され、塩酸モルヒネの持続静注を開始。一過性に夜間せん妄がありましたが、開始直後より、呼吸困難感は改善をしました。1週間後、徐脈から心停止に至り永眠されております。

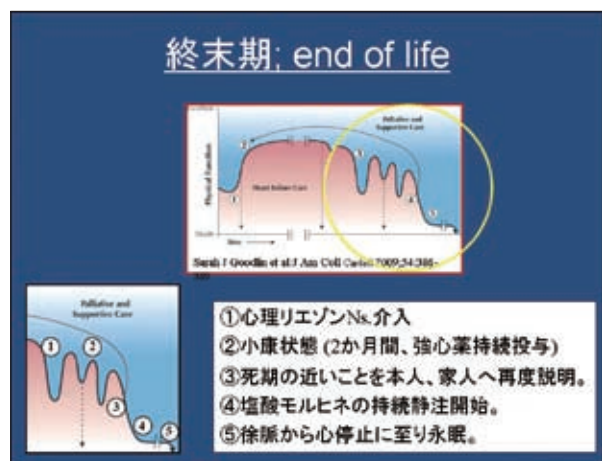


図3

緩和ケアや支持療法への移行を計画することは、心不全とは何であるか、その予後、期待、恐れ、希望に関する患者と家族の理解の程度を調べ、受け入れることから始まるわけです。話し合うことを進め、勇気づけるような質問をすることで、問題の幾つかを受け入れ、病気を治療することから病気と共に生き、付き合っていくというように焦点を変え、受け入れることが可能となります。状況が悪くなるということが当然の流れであることを早期に受け入れる事で人々は未来に向けて準備することができる(図4)。

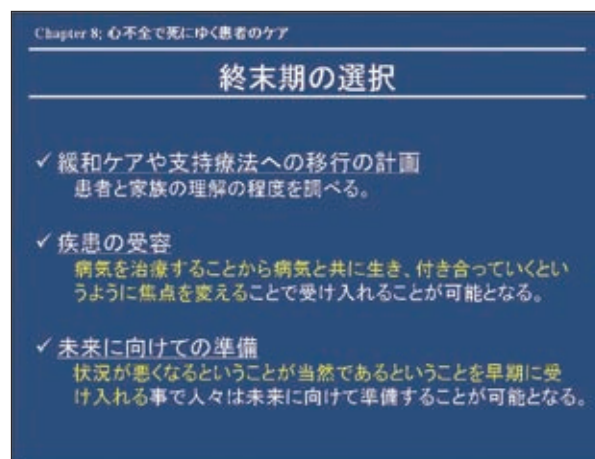


図4

最後に、緩和ケアというのがあって、これはモルヒネを使うということではなくて、支持療法です。社会的なサポート、精神的なサポートで、スピリチュアルも含めて、そういう選択肢を提示すること。段々とニーズが増えていこうと思います。ホスピスはどうかとか、そういうことも前もって勧奨していますから、そこで最後の話をして決めてもらうという形です。もう一つその上にあるのは、シェアード・ディシジョン・メイキング、患者さんにとって適切なケアをするには、生存の話だけをするのではなくて、先ほどのQOLを含めた精神面の話をしなければいけません。それ以外にも家族の負担、費用の負担等も含めて患者さんの治療を考えなければいけないこともいわれています。

伊藤 チーム医療の大切さは認識されつつあり、各医療機関ではさまざまな実践がなされています。ただ、循環器領域で「うつのスクリーニングと精神科コンサルテーション」に積極的に取り組んでいる病院は多くはなく、中でも循環器病の末期におけるリエゾン活動は稀有であると思います。そのような状況にありながら、本日のお二人の先生方は、すでに正面からこのテーマに取り組まれていることに感銘を受けました。今後、循環器領域において、うつのスクリーニングや精神科コンサルテーションの仕組みをどのように整備していくのか、現実的な課題が見えてきたと思います。ジョイントシンポジウムの機会をおつくりいただいた日本循環器心身医学会総会関係者の先生方に感謝申し上げます。

### Prof. Saku's Commentary

いつも喜んでいなさい、たえず祈りなさい、どんなときにも感謝しなさい、と聖書に書かれているが、命の大切さ、自然の驚異、天を畏敬することなどが祈るようなものかなと以前から感じている。サイエンスで一番確かなことは、人の命には限りがあることのような。そこをターゲットにする循環器内科医とチーム医療を心から応援したい。