

2023

日本サイコネフロロジー学会雑誌

The Japanese Society for Psychonephrology

Vol.2



「抑うつ」の見える化

大武 陽一

Visualizing "Depression"

Yoichi Ohtake

要旨：維持透析患者の約 10 人に 1 人がうつ病を抱えている可能性があるが、見過ごされていることが多い。うつ病は、尿毒症などの生物学的要因、心理的要因、社会経済的要因など、さまざまな要因から引き起こされる。また、痛みやかゆみ、死亡率の上昇など、患者の身体的健康にも悪影響を及ぼす。うつ病の診断には DSM-5-TR や ICD-11 が用いられるが、これらの診断基準を全ての透析患者に適用することは現実的ではないため、スクリーニングツールの使用が推奨される。PHQ-2 や PHQ-9 といったスクリーニングツールは有用だが、医療従事者や患者にとって負担となる可能性がある。日常的な透析診療では食欲と睡眠状態の確認から始め、異常が見られた場合に詳細なスクリーニングを行うのも一つの方法である。透析患者のうつ病は身体症状を主体とする場合も多く、身体症状が続く場合にはうつ病の可能性を考慮する必要がある。また透析患者の抑うつを発見した場合、希死念慮の有無、身体的苦痛の有無、さらに自施設でどこまで対応するかという 3 点に留意が必要である。

Keyword 抑うつ、スクリーニング、希死念慮、TALK の原則

透析患者の抑うつ

◆ 維持透析患者のうつ病の疫学

透析患者のうつ病の時点有病率は、さまざまなデータがあるが、中でも The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS II) が最も大規模であり、この中では、透析患者のうつ病の有病率は 13.9% と報告されている¹⁾。この研究では、欧米の有病率が軒並み 10%～20% 台であるのに対して、日本だけが、2.0% と諸外国と比較して、非常に低く報告されている。この背景として、日本の透析医療が優れているという見方もあるが、検査に用いた Center for Epidemiological Studies Depression Screening Index (CES-D) という質問紙による自己評価式の心理検査では、他国のデータと変わりなく、医療者によるうつ病の診断が適切に行われていない現状が考えられる。実際、日本において

大規模での有病率を検討したデータはないが、日本人 108 例の検討では、9.3% (10 例) の時点有病率がある事が報告されている²⁾。これらの研究結果から、概ね維持透析患者の 5～10 人に 1 人がうつ病を持っている可能性があると考えるのが妥当であろう。

◆ 透析患者のうつ病の背景とその影響

透析患者のうつ病の背景は様々あり、生物学的要因、心理的要因、社会経済的要因の関与が示唆されている(表 1)³⁾。特に 1. 生物学的要因のなかには b. 尿毒症物質がうつ病の要因としてあり、透析不足などによる尿毒症症状に由来する各種の身体症状(全身倦怠感・呼吸困難・嘔気・そう痒感)などがうつ病の原因となることもあるため、精神症状の背景として、全人的な評価が必要不可欠である。

たけお内科クリニック からだと心の診療所

〒562-0045 大阪府箕面市瀬川 4 丁目 13-11

E-mail: yohtake.jp@gmail.com

表 1：透析患者におけるうつ病の要因

1.生物学的要因	a.神経・内分泌系の変化
	b.尿毒症物質
	c.慢性炎症
	d.視床下部下垂体副腎系の調整不全
2.心理的要因	a.健康の喪失
	b.自尊心の低下
	c.治療に対する恐怖・苦痛・負担
	d.合併症の恐怖・苦痛・負担
	e.生活上の制約
	f.社会的役割や家族関係の変化
	g.セルフケアの負担
3.社会・経済的要因	a.若年者
	b.女性
	c.社会的サポートの乏しさ
	d.失業
	e.低所得

逆に透析患者のうつ病が及ぼす影響も、様々な研究で明らかになっている。身体的な問題として、痛みやかゆみが有意に上昇する報告がある他、死亡率が有意に上昇する可能性が示唆されている。

透析患者の抑うつスクリーニング・評価方法、診断基準、診断の流れ

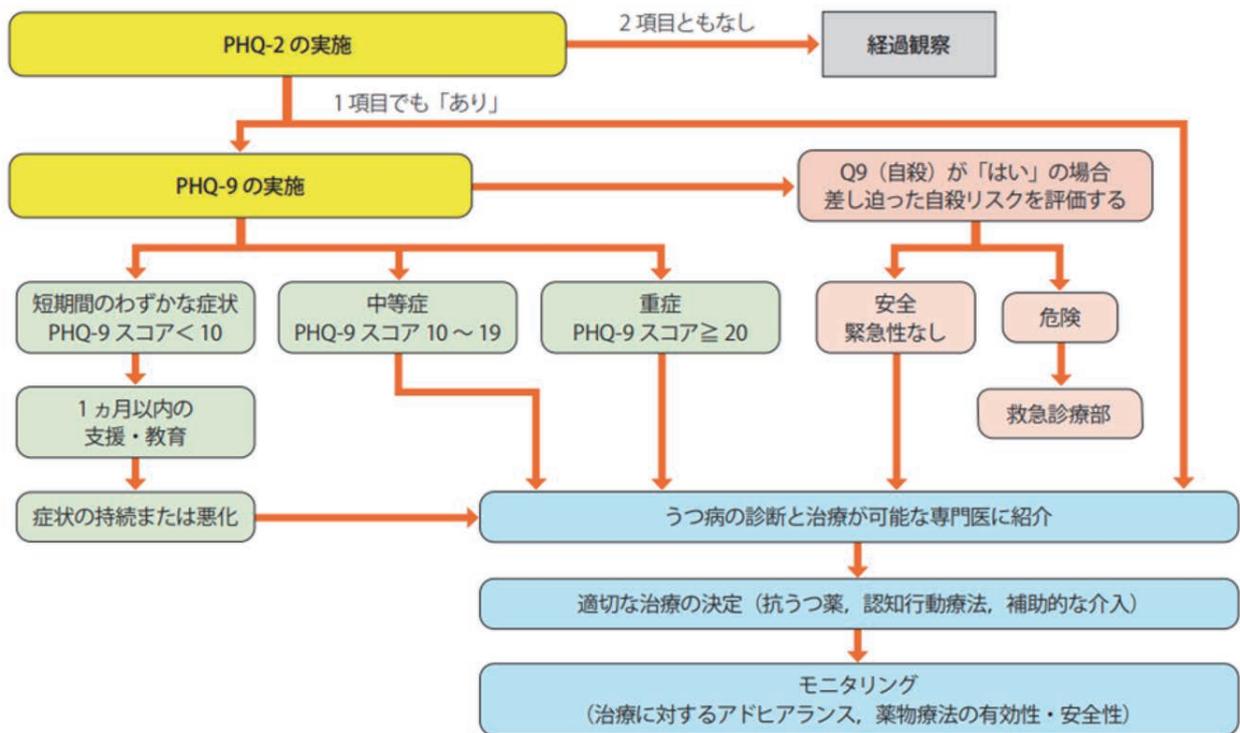
うつ病の診断には DSM-5-TR もしくは ICD-11 の基準を用いるのが標準的であるが、精神科医や心療内科医などの専門職が不在の実際の臨床現場で全透析患者にこれらの診断基準を用いることは現実的ではない。したがって、透析患者に対しては何らかのスクリーニングツールを用いる事が望まれる。慢性心不全に対する緩和ケア領域では、国際的には PHQ-2 および PHQ-9⁴⁾(表3)を用いた2段階のスクリーニング・プロトコルが推奨されており、日本循環器学会の提言⁵⁾の中でも取り上げられている。(図1)

しかし PHQ-2 の2項目、すなわち「興味、喜びの喪失」および「抑うつ気分」の聴取だけでも、慣れていない医療従事者が行うことは難しく、また患者側からも定期的にそれらの質問項目を聞かれる事に違和感を覚える事も想像される。

したがって、日頃の透析の回診において、食欲および睡眠の状況について確認することをまず確認するのが現実的と考える。十分に食事が取れているか(あるいは過食傾向でないか)、十分に睡眠が取れているか(あるいは過眠傾向でないか)と2項目は、いずれも DSM-5 の大うつ病の診断基準にも含まれており、透析回診で聞かれても大して不自然ではないであろう。これらの項目のいずれかに当てはまる場合には、さらに抑うつ気分や興味、喜びの喪失など他の項目を確認していく方法が、より現実的であると考えられる。うつ病は気持ちの落ち込みや不安焦燥などの精神症状が主体の場合には比較的認識しやすいが、透析患者のうつ病は食欲不振や疼痛、全身倦怠感などといった身体症状が主体となることも少なくない。透析開始後も、これらの身体症状が続く場合には、うつ病などの可能性を考慮すべきである。

また汎用性の高い抑うつ・うつ状態のスクリーニングとして、SDS(自己評価式抑うつ尺度)や CES-D(うつ病自己評価尺度)、BDI-II(Beckうつ病評価尺度II)などもあり、医療機関であれば購入で入手することもできるが、こういったスクリーニングツールだけでうつ病が診断できるわけではないことには留意したい。

図 1 :



PHQ-2
 この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？

1. 物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない
2. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる

● 上記2項目のうち1項目以上に「はい」の回答が得られた場合、PHQ-9に進む。



PHQ-9
 この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？

1. 物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない
2. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる
3. 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる
4. 疲れた感じがする、または気力がない
5. あまり食欲がない、または食べ過ぎる
6. 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる
7. 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することがむずかしい
8. 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある
9. 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある

※上の1～9の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

- 各項目について「まったくない (0)」、「数日 (1)」、「半分以上 (2)」、「ほとんど毎日 (3)」のいずれかにスコアする。合計が10点以上であれば大うつ病の可能性あり。
- 最後に※で「まったく困難でない」、「やや困難」、「困難」、「極端に困難」のいずれかをスコアし、おおよその生活機能全般の困難度を評価する。

表 2：自殺の危険因子の把握

<p>■基本的特徴</p> <p>男性 65歳以上 単身（特に子供がいない） 失業中 近い過去に強度のストレスフルな出来事 自殺に向けた特定の計画（特に致命的な内容） 致命的な方法にアクセスできること</p>
<p>■病歴・家族歴</p> <p>自殺企図の既往あり 精神科入院歴あり 自殺の家族歴あり</p>
<p>■合併疾患</p> <p>アルコール / 薬物依存 パニック発作・重度の不安 重症身体疾患 重度の絶望感や快楽欠如</p>

（「日本うつ病学会治療ガイドライン II. 大うつ病性障害」Whooley et al,2000 より）

透析患者の抑うつを見つけたときの対応

透析患者の抑うつを見つけたら以下の3点の評価を行いたい。

まず第一は希死念慮の評価である。前述のスクリーニングに置いて Q9 の自殺が「はい」の場合、差し迫った自殺リスクを評価して、必要に応じて救急の受診や専門家に繋げる必要がある。特に慢性透析患者の全死因の 0.6% が自殺／拒否というデータもあり、見逃してはいけない。一般的な自殺の危険因子としては、表 2 のようなものが挙げられる。⁶⁻⁷⁾

希死念慮を伴う抑うつの患者を見つけたら、まずは TALK の原則に従って対応する。⁸⁾

TALK の原則とは

1. Tell（言葉に出して心配していることを伝える）
2. Ask（「死にたい」という気持ちについて率直に尋ねる）
3. Listen（絶望的な気持ちを傾聴する）
4. Keep safe（安全を確保する）

の頭文字を取ったものであり、すべての医療者が心得ておくことが望ましい。

第二には身体的苦痛がないかという点である。抑うつが生じるのは、うつ病や適応障害などの精神疾患だけでなく、倦怠感や疼痛など何らかの身体症状があり、それによって抑うつが生じていることも臨床現場ではしばしば経験する。その場合には、抑うつへの対応以前に、身体的な愁訴への対応が優先されるため、身体的苦痛の評価は丁寧に行いたい。

第三は、自施設でどこまで対応するか、という点である。これは施設の規模や精神心理の専門家へのアクセスの良さによって、どのような方法が良いかは施設間差がかなりある。これは特に医師の力量によって、どの程度の愁訴まで自施設で対応するかは変わってくると思われるが、透析医療に関わる医療者で精神・心理療法や向精神薬の使用に慣れている医療者がごく一部であり、比較的低い閾値でのコンサルテーションが望ましいと考える。

おわりに

多忙を極める透析医療の現場において、簡便な精神症状のスクリーニングの必要性は論を俟たない。特に「抑うつ」は比較的頻度の高い精神症状の一つであり、各施設ごとに何らかの形でスクリーニングを行い、適切な医療につながることを願ってやまない。

参考文献

- 1) Lopes AA, Albert JM, Young EW, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int.* 2004;66(5):2047-53.
- 2) Kuramochi I, Igarashi Y, Hiwatashi T, et al. Depression among hemodialysis patients in Japan. *XVI World Congress of Psychiatry, Madrid.*
- 3) Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Semin Dial.* 2012;25(4):428-38.
- 4) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al. The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus. *Psychol Rep* 2007; 101: 952-60.
- 5) 日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン. 2021年改訂版. 循環器疾患における緩和ケアについての提言.
- 6) 日本うつ病学会 「日本うつ病学会治療ガイドライン II. 大うつ病性障害」
- 7) Whooley MA., Simon GE., Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med* 343, 1942-1950, 2000.
- 8) 日本精神科救急学会 『精神科救急医療ガイドライン 2022年版』 p137

不安の「見える化」

竹内 崇

Visualization of anxiety

Takashi Takeuchi

要旨：不安は、人間にとって合理的に備わった生きていくために必要な力である、しかしながら、日常生活に支障をきたす場合は病的不安として区別される。この病的不安を神経症の中心的な現象として位置付けたのがフロイトであり、フロイトによる精神分析では、不安を回避するための無意識的な心理的メカニズムを防衛機制と説明している。一方、脳科学的には、不安や恐怖の発現には扁桃体が重要な役割を担っていることがわかっている。なお、現在精神科臨床において、精神科診断は DSM-5 などの操作的診断基準により記述されることが多いが、不安が関係する代表的な疾患として、不安症群 / 不安障害群、解離症群 / 解離性障害群、身体症状症および関連症群などがある。日常生活に支障をきたす不安がみられた場合、適切に評価し、状態に応じて、精神療法、薬物療法の導入を検討することが望ましい。

Keyword 防衛機制、扁桃体、DSM-5、SSRI、ベンゾジアゼピン

1. はじめに

新版精神医学事典（弘文堂）¹⁾には、「恐怖ははっきりとした外的対象に対するものであるのに対し、不安は内的矛盾から発する、対象のない情緒的混乱」とされている。また、「動悸、胸部絞扼感、発汗などから瞳孔散大に至る多彩な自律神経症状」を呈することや、「人間にとって普遍的な避けることができない心理現象」、「自己保存本能からくる危険信号として有用」との記述もある。つまり、不安は、人間に合理的に備わった生きていくために必要な力ともいえる。

身体科のスタッフが、不安などの精神症状に遭遇するのは、元々精神疾患を有する患者が身体疾患を発症した場合と、身体疾患の治療経過の中で新たに精神症状を生じる場合があると考えられる。本稿では、前者における不安の「見える化」を目的とする。なお、現

在精神科診断は、DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引 (DSM-5)²⁾などの操作的診断基準により記述されることが多いため、本稿でも DSM-5 に基づき、歴史的な経過や脳科学的な側面を踏まえ、不安の「見える化」を試みる。サイコネフロロジー領域で活躍する多職種のスタッフにとって、一般的な精神疾患の理解を深めることは大変意義があることである。

2. 精神分析から見る不安

不安は、人間に合理的に備わった生きていくために必要な力と述べたが、量的に過度になると、日常生活に支障をきたすようになり病的不安として区別される。この病的不安を神経症の中心的な現象として位置付けたのがフロイトである。フロイトによる精神分析では、神経症にみられるさまざまな症状は、この不安を回避

東京医科歯科大学病院精神科

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

Tel: 03-3813-6111 Fax: 03-5803-0135 E-mail: okaspsyc@tmd.ac.jp

表 1：防衛機制

(文献³⁾より抜粋、改変)

- ・抑圧（承認しにくい欲求を抑えつけ心の底に閉じこめる）
- ・投射（自己の感情や欲求を他人が持っていると感じ）
- ・反動形成（欲求が満たされないとき正反対の行動をとる）
- ・合理化（欲求が満たされないとき理屈をつけて処理する）
- ・退行（こども返りをすることによる責任逃れ）
- ・否認（容認したくない欲求を存在しなかったものとする）

するためにつくられた防衛機制によるものと説明されている。防衛機制とは、受け入れがたい状況に晒された時に、不安を軽減しようとする無意識的な心理的メカニズムであり、具体的には表 1 に示した通りである³⁾。

3. 脳科学から見る不安

一方、脳科学的には、不安や恐怖の発現は、扁桃体などが重要な役割を担っているといわれている⁴⁾。外的刺激により扁桃体からさまざまな神経伝達物質が放出されるが、これらの分泌の異常が不安症 / 不安障害の発症に関与しているとされている。不安症 / 不安障害に対し、セロトニンや GABA などの神経伝達物質の作用を調整する抗うつ薬や抗不安薬が有効であることも、それを示唆するものである。

4. 操作的診断基準から見る不安 (表 2)

現在精神科診断は、DSM-5²⁾などの操作的診断基準により記述されることが多い。この DSM-5²⁾の中で、主に不安が関係する疾患群は、不安症群 / 不安障害群、解離症群 / 解離性障害群、身体症状症および関連症群

が該当する。ここでは、これらの疾患群について、それぞれの代表的な疾患を概説し、架空の症例を提示する。

1) 不安症群 / 不安障害群

(1) 限局性恐怖症

特定の対象または状況（例：飛行すること、高所、動物、注射されること、血を見ること）への顕著な恐怖と不安が主症状である。

【症例】20 歳代男性。以前より飛行機に乗る際に、強い不安と恐怖を感じるため、できる限り乗ることを避けるようにしていた。近々仕事の出張でどうしても飛行機に乗らなければならず、自らメンタルクリニックを受診した。

(2) 社交不安症 / 社交不安障害

他者の注視を浴びる可能性のある 1 つ以上の社交場面に對する、著しい恐怖または不安が症状の中心であり、従来対人恐怖症と呼ばれていたものとほぼ同義である。

【症例】20 歳代男性。学生時代より、人前で発表する時などに、緊張して手にじっとりと汗をかくことがあった。動悸や顔面が紅潮するのを感じて、頭も真っ白になり、思うように話すことができなかった。そのため、できる限り目立たないように過ごすことが多かった。

表 2：操作的診断基準から見る不安

(文献 2 より抜粋、改変)

- 1) 不安症群 / 不安障害群
 - 限局性恐怖症
 - 社交不安症 / 社交不安障害
 - パニック症 / パニック障害
 - 全般不安症 / 全般性不安障害
- 2) 解離症群 / 解離性障害群
 - 解離性健忘
- 3) 身体症状症および関連症群
 - 身体症状症
 - 変換症 / 転換性障害

社会人となり、対人面で緊張し、仕事上支障をきたすようになったためメンタルクリニックを受診した。

(3) パニック症 / パニック障害

繰り返される予期しないパニック発作（突然、激しい恐怖または強烈な不快感の高まりが数分以内でピークに達し、その時間内に、動悸、発汗、震え、息苦しさ、窒息感、胸痛、嘔気、眩暈感、寒気などの症状が生じるもの）が主症状である。

【症例】30歳代女性。子どもの不登校、親の介護問題などが続き疲労が蓄積していた。就寝後、動悸で目が覚めたところ、息苦しさ、発汗、身体の震えが出現し、このまま死ぬのではないかとという恐怖に襲われた。30分程度で徐々に治まってきたため様子を見ていたが、数日後にも同様のことが生じたため、救急要請し夜間救急病院を受診。

(4) 全般不安症 / 全般性不安障害

多数の出来事または活動についての過剰な不安と心配が、少なくとも6か月以上にわたって、起こらない日より起こる日のほうが多くみられる状態である。その不安と心配は、落ち着きのなさ、易疲労感、集中困難、易怒性、筋肉の緊張、睡眠障害などの症状を伴っている。

【症例】20歳代女性。元々几帳面で心配性であった。職場で役割が増えてから、ちゃんと仕事ができているか不安が強くなった。常に緊張し、気持ちが落ち着かず、身体に力が入った状態が持続し、疲労が蓄積されているにも関わらず、なかなか寝付けず、寝ても熟睡感が得られなくなった。

2) 解離症群 / 解離性障害群

(1) 解離性健忘

重要な自伝的情報で、通常、心的外傷的またはストレスの強い性質をもつものの想起が不可能であり、通常の物忘れでは説明ができないとされている。

【症例】女子高校生。交際していた男子がバイク事故で即死。葬儀などに参列したものの、彼が死去したこと

や葬儀のことなどの記憶がない状態が続いている。

3) 身体症状症および関連症群

(1) 身体症状症

1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状が主症状である。

【症例】50歳代女性。下腹部痛が持続しているため、さまざまな身体科を受診したものの、明らかな器質的な異常は見つからなかった。時に痛みを伴い、日常生活にも支障が出ることがあった。常に症状に対する強い不安が持続している。

(2) 変換症 / 転換性障害

1つまたはそれ以上の随意運動、または感覚機能の変化の症状を呈する。

【症例】30歳代女性。本人は挙児を希望していなかったが、夫が強く望んでいた。自分の気持ちを夫に伝えることができず、葛藤を抱えていた。ある日、急に声が出なくなったため耳鼻科を受診したものの、声帯などに明らかな異常は指摘されなかった。

5. 評価尺度 (表3)

精神科診断は評価尺度だけでできるものではない。高得点がついた場合に、具体的にどのような不安があるかを患者に確認することが大切である。よって、評価尺度は、その際の1つのツールとして活用することが臨床現場では重要である。患者に確認することで、具体的に患者の不安を評価することができ、問題解決に向けての対応につなぐことができる。以下に不安を測定する代表的な評価尺度について提示する。

1) Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-J)⁵⁾

社交不安症 / 社交不安障害の評価尺度である。恐怖感や不安感の程度、回避の割合を評価する。恐怖感 / 不安感、回避についてそれぞれ全24問あり、0～3の4段階で評価を行う。30点で境界域、50～70点で中

表3：評価尺度

- ・ Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-J)
社交不安症 / 社交不安障害の評価尺度
- ・ Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)
全般性不安症 / 全般性不安障害のスクリーニングツール
- ・ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
不安・抑うつ状態を同時に測定可能
- ・ State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
状態不安、特性不安を測定

等度、70～90点で中等度～重度、90点以上で重度と分類される。

2) Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)⁶⁾

全般性不安症/全般性不安障害のスクリーニングツールである。検査日から遡り2週間における状態の評価を行う。0～4点はなし、5～9点は軽度、10～14点は中等度、15～21点は重度の症状レベルと判断される。

3) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)⁷⁾

不安・抑うつ状態を同時に測定可能となっている。奇数項目は不安、偶数項目はうつを評価する。0～7点は正常、8～10点は疑いあり、11点以上は症状ありと判断される。

4) State-Trait Anxiety Inventory (STAI)⁸⁾

状態不安（ストレスの高い場面や状況による不安）、特性不安（元来の不安を感じやすい性格傾向）を測定する。各20項目、計40項目から構成され、それぞれ4段階の評価となっている。よって、両尺度とも20点～80点の範囲となるが、男性では、状態不安 \geq 42点、特性不安 \geq 44点、女性では、状態不安 \geq 42点、特性不安 \geq 45点で高いと判断される。

6. 治療

1) 精神療法

支持的精神療法、認知行動療法、精神分析などが挙げられるが、日常臨床の中で最も用いられているのが支持的精神療法である。この支持的精神療法は、患者が現在持っている資質を十全に活かせるようにすることで適応力を上げることが支援する治療となっている。一方、認知行動療法や精神分析は、患者のパーソナリティや考え方の変化を積極的に目指していく治療であり、治療者にも一定の訓練が必要であることや、患者側にも積極的に取り組む姿勢が求められるため実施は限られている。

2) 薬物療法

(1) Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

第一選択として使用される。低用量から開始し、有効性と忍容性を頻繁に観察しながら漸増することが必要である。本邦では、4剤使用されているが、その中でも、パロキセチンは、腎機能低下時と透析時に血中濃度が上昇するため、5～20mg（CR錠では12.5～25mg）で調整、エスシタロプラムは、透析時に健康成人と比較してT_{1/2}は1.35倍延長し、AUC（投与量で補正）は1.24倍に上昇するため1日1回夕食後に10mgまでとなっている⁹⁾。

(2) ベンゾジアゼピン系薬剤

肝代謝であり腎不全時や透析時にも使用可能であるが、半量からの慎重投与が推奨されている¹⁰⁾。また、せん妄のリスク、筋弛緩作用、習慣性や依存性の問題があるため、高齢者や薬物依存の傾向がある患者への使用には注意が必要である。

7. おわりに

不安について、DSM-5をもとに操作的診断基準の視点を中心に、症例や評価尺度を提示して「見える化」を試みた。不安は、人間にとって合理的に備わった生きていくために必要な力ともいえるが、日常生活に支障をきたす場合は、適切に評価し、精神療法、薬物療法の導入を検討することが望まれる。

文献

- 1) 笠原嘉. 不安. 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原嘉ほか (編集委員). 新版精神医学事典. 東京: 弘文堂, 1993; 690-691.
- 2) 日本精神神経学会日本語版用語監修. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 東京: 医学書院, 2014.
- 3) 大熊輝雄. 現代臨床精神医学. 東京: 金原出版株式会社, 2013; 276-277.
- 4) Stephen M. Stahl. 仙波純一, 松浦雅人, 太田克也 監訳. ストール精神薬理学エッセンシャルズ 神経科学的基礎と応用 第4版. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2015; 425-427.
- 5) 朝倉聡. 社交不安症の診断と評価. 不安症研究 2015; 7: 4-17.
- 6) 村松公美子. GAD-7 日本語版 2018 版. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究 2014; 7: 35-39.
- 7) 八田宏之, 東あかね, 八城博子, 他. Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績—. 心身医学 1998; 38: 309-315.
- 8) 中里克治, 水口公信. 新しい不安尺度 STAI 日本版の作成—女性を対象とした成績—. 心身医学 1982; 22: 107-112.
- 9) 薬剤性腎障害の診療ガイドライン作成委員会. 薬剤性腎障害診療ガイドライン 2016. 日本腎臓学会誌 2016; 58: 477-555.
- 10) Owen JA. Psychopharmacology. Levenson JL ed. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine Psychiatric Care of the Medically Ill 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc, 2011; 957-1019.

不眠の「見える化」

桂川 修一

Visualizing Insomnia in Dialysis Patients.

Shuichi Katsuragawa

要旨：透析患者において睡眠障害はよくみられる症状であり、一般人口における睡眠障害より高率に認められる。不眠症は慢性不眠障害のみならず、睡眠関連呼吸障害や睡眠関連運動障害に区分される病態に含められる。不眠は加齢に伴う生理学的変化によってもたらされる症状であり、加えて症状を増悪させる生活様式と心理社会的要因が関連する。さらに高齢化に伴う認知症の合併や腎不全に伴う種々の身体合併症によりもたらされる睡眠障害がある。ここでは透析患者における不眠症の頻度とその原因となる病態について、特に身体疾患を中心に述べ、不眠症治療一般を参照しつつ、透析患者にその適応について検討した。

Keyword 慢性腎臓病、人工透析、不眠、身体合併症

はじめに

透析患者の睡眠実態調査では、不眠症の疑いを含む不眠症候群は64.1%、海外でも透析患者約60%と報告されており、わが国および世界的な不眠症有病率よりはるかに高い。透析患者における二次性の睡眠障害は合併する身体疾患によるものである。閉塞性睡眠時無呼吸症候群（obstructive sleep apnea syndrome : OSAS）やむずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群 Restless Legs Syndrome : RLS）はその合併症としてよく知られており、一方では多くが通院透析で毎回4時間以上をベッドで過ごすことから、睡眠のリズム異常と恒常性異常をもたらす原因となっている。合併する身体疾患治療薬である抗パーキンソン病薬や降圧薬などが薬剤性の不眠症を惹起する点も見逃せない。このように不眠を生じる病態はさまざまであるが、その原因を

示しつつそれぞれの対処の方法を検討してみたい。

不眠症の疫学

公益財団法人日本腎臓財団が行った「透析患者さんにおける睡眠障害の実態」アンケート調査¹⁾の結果によると64.1%が不眠症の可能性があると考えられている。ここで用いたアテネ不眠症スケール²⁾（Athens Insomnia Scale : AIS、表1）とは、8項目の質問項目の得点を0点から3点として加算し、総得点4点未満の場合は概ね良好、4～5点で不眠症の疑い、6点以上は不眠症の可能性が高いと判断するものである。他にもエップワース眠気尺度（Epworth Sleep Scale: ESS）、セントマリー病院睡眠質問票（St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire: SMH）、ピッツバーグ睡眠質問票（Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI）といった評価尺度がこれま

東邦大学医療センター佐倉病院 メンタルヘルスクリニック
〒285-8741 千葉県佐倉市下志津564-1
Tel: 043-462-8811 Fax: 043-462-8820 E-mail: katsurag@med.toho-u.ac.jp

で調査報告で用いられている。

透析患者の不眠症は一般人口の不眠症より多く出現しているのであろうかという問いについて、これまでの文献から一般人口の中の不眠と対比してみると^{1,3,4,5,6,7,8,9)} (表2)、一般人口では20-25%、透析患者の不眠は26-64.1%で、一般人口より高いことがわかる。

不眠症の診断

睡眠障害国際分類第3版 (International Classification of Sleep Disorders, Third Edition, ICSD-3) による基準¹⁰⁾ を表3に示す。多くの亜分類がされていた慢性不眠症は慢性不眠障害に包括され、短期不眠障害と二つに分類されたことがあげられ、不眠症状とそれに関連し

表1：アテネ不眠尺度 (AIS)

過去1カ月間に少なくとも週3回以上経験した項目を選んでください

●寝つき (布団に入ってから眠るまでの時間)	●全体的な睡眠の質は？
0：いつも寝つきはよい	0：満足している
1：いつもより少し時間がかかった	1：少し不満
2：いつもよりかなり時間がかかった	2：かなり不満
3：いつもより非常に時間がかかった、全く眠れなかった	3：非常に不満か、全く眠れなかった
●夜間、睡眠中に目が覚めることは？	●日中の気分は？
0：問題になるほどではなかった	0：いつも通り
1：少し困ることがあった	1：少し減入った
2：かなり困っている	2：かなり減入った
3：深刻な状態か、全く眠れなかった	3：非常に減入った
●希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れなかった？	●日中の活動について
0：そのようなことはなかった	0：いつも通り
1：少し早かった	1：少し低下
2：かなり早かった	2：かなり低下
3：非常に早かったか、全く眠れなかった	3：非常に低下
●総睡眠時間	●日中の眠気について
0：十分である	0：全くない
1：少し足りない	1：少しある
2：かなり足りない	2：かなりある
3：全く足りないか、全く眠れなかった	3：激しい

合計得点：_____点

8項目からなる質問票

- ・4点未満：おおむね良好
- ・4～5点：不眠症の疑い
- ・6点以上：不眠症の可能性が高い

Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. (文献²⁾より引用)

表2：透析患者と一般人口における不眠症の比較

透析患者			一般人口		
報告者	対象数	不眠症の割合	報告者	対象数	不眠症の割合
朝倉ら (2009) ³⁾	73名	26%	兼板 (2010) ⁶⁾	3,030名	21.4%
栗原 (2012) ¹⁾	384名	64.1%	kim, et.al (2000) ⁷⁾	3,030名	21.4%
長谷川 (2022) ⁴⁾	-	44%	Ancoli-Israel (2009) ⁸⁾	3,162名	25%(65歳以上)
Roumelioti, et.al(2021) ⁵⁾	-	60%	Soldatos, et.al(2005) ⁹⁾	35,327名	24%

た日中の機能障害が3ヶ月以上持続している場合は慢性不眠障害、それに満たない場合は短期不眠障害と診断される。

睡眠障害は60種類以上からなる睡眠に関連した疾患

群の総称であり、病態上の特徴や症状の共通性から7疾患群(表4)に分類¹¹⁾される。ICSD-3では、不眠症の診断は併存疾患の有無にかかわらず、すべての患者に適用される。慢性不眠障害は慢性の入眠と睡眠維

表3：不眠症の診断基準（睡眠障害国際分類第3版による）

A	患者本人、または両親やケアギバーの観察で、以下の症状が1つ以上あること 1 入眠困難 2 中途覚醒 3 早朝覚醒 4 適切な時刻に就床することへの抵抗 5 両親やケアギバーの介在なしで眠ることができない
B	患者本人、または両親やケアギバーの観察で、不眠症状と関連した以下の症状が1つ以上あること 1 疲労/倦怠感 2 注意力、集中力、記憶力の低下 3 社会生活上、職業生活上の支障、学業の低下 4 気分の障害、または焦燥感 5 日中の眠気 6 行動上の問題（多動、衝動的、攻撃性） 7 やる気、気力、自発性の減退 8 過失や事故をおこす傾向 9 睡眠についての心配、悩み
C	不眠症状が、不適切な機会または不適切な環境によるものではない
D	不眠症状と日中の機能障害が週3回以上ある
E	不眠症状と日中の機能障害が3ヶ月以上続いている
F	他の睡眠障害では説明できない

*慢性不眠障害は基準A~Fをすべて満たす

山城義広：睡眠障害国際分類第3版（ICSD-3）改訂のポイント（全般）。（文献¹⁰⁾より引用）

表4：睡眠障害国際分類第3版（ICSD-3）

不眠症 1. 慢性不眠障害 2. 短期不眠障害 3. 他の不眠障害 孤発性症状/正常亜型 1. 過剰な臥床時間 2. 短時間睡眠者	中枢性過眠障害 1. 1型ナルコレプシー 2. 2型ナルコレプシー 3. 特発性過眠症 4. クライネ-レバン症候群 5. 身体疾患による過眠性薬物や物質使用による過眠症 6. 精神障害による過眠症 7. 睡眠不足症候群 孤発性症状/正常亜型 1. 長時間睡眠者						
睡眠関連呼吸障害 閉塞性睡眠時無呼吸障害 中枢性睡眠時無呼吸障害 睡眠関連低換気障害 睡眠関連低酸素障害 孤発性症状/正常亜型	概日リズム睡眠・覚醒障害群 <table border="1"> <tr> <td>睡眠時随伴症群</td> <td>ノンレム睡眠随伴症 レム睡眠随伴症 その他の睡眠随伴症</td> </tr> <tr> <td>睡眠関連運動障害</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他の睡眠障害</td> <td></td> </tr> </table>	睡眠時随伴症群	ノンレム睡眠随伴症 レム睡眠随伴症 その他の睡眠随伴症	睡眠関連運動障害		その他の睡眠障害	
睡眠時随伴症群	ノンレム睡眠随伴症 レム睡眠随伴症 その他の睡眠随伴症						
睡眠関連運動障害							
その他の睡眠障害							

睡眠障害国際分類（ICSD-3, 2014）では、症状や病態から睡眠障害は大きく7群に分類される

Sateia MJ: International Classification of Sleep Disorders-Third Edition Highlights and Modifications. (文献11)より引用)

持の訴えに日中の障害を伴い、臨床的に有意な疾患を伴っている場合にも適用されることが特徴である。睡眠関連呼吸障害では、閉塞性睡眠時無呼吸、治療起因性中枢性睡眠時無呼吸、肥満低換気症候群に区分されている。また、後述する RLS と周期性四肢運動障害 (periodic limb movement disorder : PLMD) は睡眠関連運動障害に含まれる。

腎不全患者における不眠症

身体疾患に伴う不眠の有病率は基礎となる身体疾患によって異なるが、特に呼吸器系疾患、疼痛、かゆみや頻尿を伴う疾患では不眠症状が出現しやすいとされている。末期腎不全患者における不眠・睡眠障害の要因としては以下が挙げられている。① RLS、②うつ病、③貧血、④透析スケジュール、特に日中透析について⁴⁾。

これらのうち、まず睡眠関連呼吸障害である OSAS の特徴を挙げた。透析患者の OSAS は一般患者より数倍多く、その有病率は 55.3-88.9% といわれており、その理由は、①血液透析治療そのものが OSAS を悪化させる、②溢水 (心不全)、③水分過剰が原因の上気道浮腫による気道狭窄、④尿毒素の中枢神経抑制作用による上気道の筋緊張低下あるいは横隔膜と上気道筋活性の不一致、⑤尿毒症あるいはホルモン不均衡の中枢作

用、⑥代謝性アシドーシスと酸性血症による低炭酸血症の呼吸抑制などの関与が指摘されるほか、OSAS が高齢者で増加する疾患であるのもその理由の一つに挙げている¹²⁾。肥満患者はきわめて少なく、日中過眠などの自覚症状の訴えが乏しいので、その存在をアンケートによって確認することは困難と言われている。また、最新の知見では、一般患者の SAS に特徴的とされるイビキやアルコール摂取についても、透析患者の場合には関連がないことが指摘⁴⁾されている。

次に一般的な RLS の診断基準、薬物療法、非薬物療法について示した¹³⁾ (表 5)。有病率は、欧米で 5~10% と、わが国では 2~5% 程度と考えられており、男性に比べ女性の有病率が高いとされている一方、透析患者の有病率は、わが国では 23% と報告されており、一般人に比較して透析患者の RLS の有病率は高い。病態として重篤な尿毒症、腎機能障害 (透析患者を含む) や鉄欠乏は RLS を引き起こす大きな原因であり、腎不全状態においては、貧血が関与している可能性がある。と報告されるほか、糸球体濾過量の低下に伴い RLS の有病率が上昇すること、高リン血症が RLS の発症と関連することが指摘されている。

RLS に関連した PLMD¹⁴⁾ について述べると、特発性 RLS に比較して尿毒症由来の二次性 RLS では、覚醒中のジスキネジアや PLMS の回数が多いことが示されて

表 5：むずむず脚症候群 (レストレスレッグス症候群 Restless legs syndrome : RLS) の診断と治療

Table 1 RLS の診断基準		Table 2 非薬物療法													
<ol style="list-style-type: none"> 1. 脚を動かしたいという強い欲求が存在し、また通常その欲求が、不快な下肢の異常感覚に伴って生じる 2. 静かに横になったり座ったりしている状態で出現。増悪する 3. 歩いたり下肢を伸ばすなどの運動によって改善する 4. 日中より夕方・夜間に増強する 		<ol style="list-style-type: none"> • 原因疾患の検索と治療 • RLS の原因となる薬物や嗜好品の中止 ドパミン遮断薬 抗うつ薬 (SSRI, 三環系) 抗ヒスタミン薬 嗜好品：カフェイン、アルコール、ニコチン • 睡眠衛生指導 規則的な就寝と起床 就寝前の激しい活動は避ける • 簡単な行動介入 就寝前に短い時間歩く 暖かい風呂または冷たいシャワー 四肢 (脚) のマッサージ • 適度な運動：全く動かないことや通常にない過剰な運動は RLS の発症要因になりうる • 体重の管理：健康的な食事と十分な活動 • RLS 症状から注意をそらす工夫 退屈でじっとしているときにはゲームなどに意識を集中する • 情報サイトの利用 (Information support : web sites and patients support group) 													
<p>診断を補助する特徴</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族歴 2. ドパミン作動薬による効果 3. 睡眠時の periodic leg movements が睡眠ポリグラフ検査上有意に多く出現 															
Table 4 RLS の治療に用いられる薬物															
<ol style="list-style-type: none"> 1. ドパミンアゴニスト <table border="0"> <tr> <td>非麦角系</td> <td>プラミベキソール</td> <td>(0.125 ~ 0.75mg/day)*</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ロビニロール</td> <td>(0.25 ~ 4mg/day)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>タリベキソール</td> <td>(0.4 ~ 0.8mg/day)</td> </tr> <tr> <td>麦角系</td> <td>カベルゴリン</td> <td>(0.5 ~ 2mg/day)</td> </tr> </table> 2. L-DOPA/DCI 製剤 (100 ~ 200mg/day) 3. ベンゾジアゼピン系薬物—クロナゼパム (0.5 ~ 2mg/day) 4. 抗けいれん薬—ガバペンチン (800 ~ 1,800mg/day) 5. オピオイド 6. 鉄剤 <p>*保険診療の適応あり</p>		非麦角系	プラミベキソール	(0.125 ~ 0.75mg/day)*		ロビニロール	(0.25 ~ 4mg/day)		タリベキソール	(0.4 ~ 0.8mg/day)	麦角系	カベルゴリン	(0.5 ~ 2mg/day)		
非麦角系	プラミベキソール	(0.125 ~ 0.75mg/day)*													
	ロビニロール	(0.25 ~ 4mg/day)													
	タリベキソール	(0.4 ~ 0.8mg/day)													
麦角系	カベルゴリン	(0.5 ~ 2mg/day)													

有病率：欧米では概ね 5~10%、わが国では 2~5% 程度
男性に比べ女性の有病率が高い

日本神経治療学会治療指針作成委員会編：標準的神経治療：Restless legs 症候群 (文献 11) より引用

おり、中・大分子量領域の尿毒症物質が関与している可能性も示唆されているほかに、脳内の鉄濃度低下の関与として血清から中枢神経への鉄輸送障害が二次的な RLS の原因となっている可能性¹⁵⁾ もいわれている。

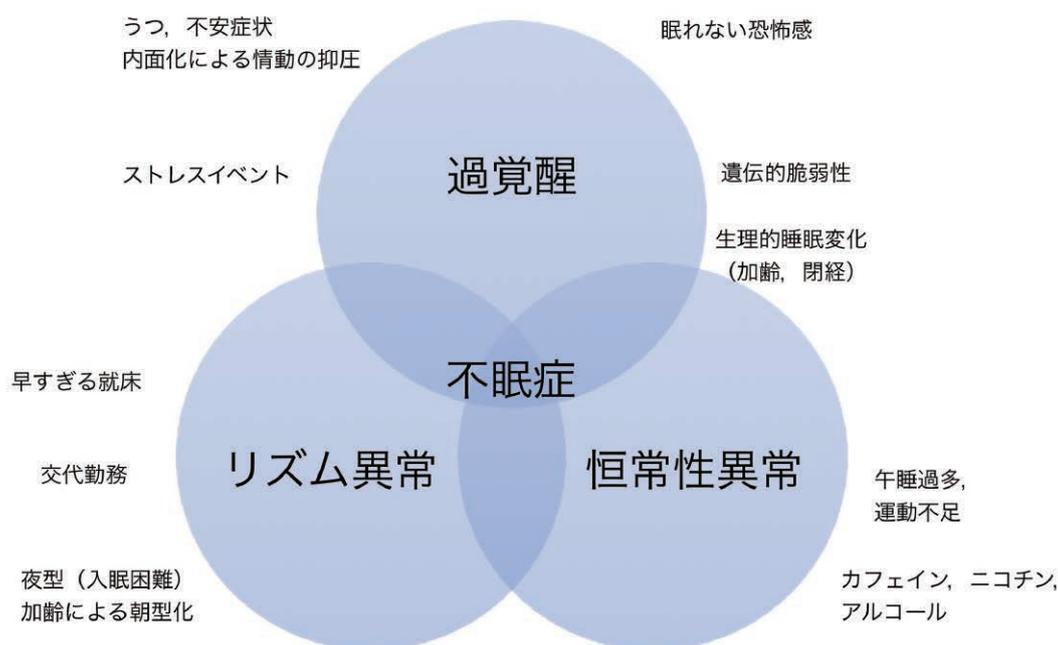
日本腎臓財団によるアンケート調査¹⁾では、皮膚のかゆみについても質問しており、73.7%がかゆみを感じていると回答していた。かゆみは多くの慢性腎臓病および維持透析患者にみられ、別の報告¹⁶⁾では40%の患者が中等度から強度のかゆみを訴え、13%の患者にかゆみによる睡眠障害があると述べている。透析患者のかゆみの特徴として、紅斑、発赤、隆起、丘疹、水

疱などの特異的な皮膚病変がないため、原因がわからず抗ヒスタミン薬や抗アレルギー薬、ステロイド外用薬が漫然と投与されているといわれている。

不眠症の治療

標準的な不眠症治療では、その特徴を①過覚醒、②リズム異常、③恒常性異常といった病態を評価して、睡眠衛生指導と言われる生活習慣の改善を行った上で薬物療法が開始される¹⁷⁾(**図1**)。現在国内で使用可能な睡眠薬一覧を示す¹⁸⁾(**表6**)。バルビツール酸系やブ

図1：不眠症の病態生理と増悪要因



- ・過覚醒：不安・抑うつによる緊張が強くなり、抗不安作用のある BZD 系睡眠薬に頼ることも少なくない
- ・リズム異常：睡眠時間帯が社会的に望ましい時間帯よりもずれているケースが代表的である
- ・睡眠恒常性異常：午睡増加や活動量低下による睡眠ニーズの減少など、中途覚醒や早朝覚醒が主体である

三島和夫：不眠症治療の今日的課題。(文献¹⁷⁾より引用して改変)

表7：薬剤投与に関する注意

分類	薬剤名		常用量			
	一般名	商品名	>80	70	60	50
			正常または軽度低下			軽度～中等度低
抗てんかん薬	ミダゾラム	ミダフレッサ静注	0.15mg/kgを1mg/minを目安に投与し、必要に応じて1回0.1～0.3mg/kgの範囲で追加。初回と追加投与の総量は0.8mg/kgを超えないこと			
レストレスレッグス治療薬	ガバペンチン エナカビル	レグナイト錠	1日1回600mg, 夕食後 [60±CCr<90mL/min] 1日1回300mg, 最大1日1回600mg (添) 1日1回600mg (FDA)	1日1回300mg (添) じて最大1日1回600mg (FDA)		

ロバリンなど非バルピツール酸系の睡眠薬はここでは省略した。不眠症治療では、その病態生理からみた不眠症診断と薬剤選択が重視されており、睡眠薬はそれぞれ消失半減期だけではなく、抗不安作用や、リズム調整効果といった作用特性が異なるため、患者の不眠症の病理を正確にとらえ、薬剤選択に反映させる必要がある。

透析患者に薬物治療を行う場合に腎排泄性の薬物は

腎機能に応じて減量や投与間隔の延長を行う必要がある。日本腎臓病薬物療法学会は腎機能低下時の薬剤投与量について詳しく記述しており、催眠・鎮静薬は肝代謝されることから、腎機能低下者も透析患者も腎機能正常者と同じ内服量でよいとしている。ミダゾラムではCcr (mL/分) < 10あるいは透析患者は50%に減量として投与し、ガバペンチンエナカビルではCcr (mL/分) < 30以下は禁忌となっている¹⁹⁾ (表7)。レンボ

表6：国内で使用可能な睡眠薬一覧

分類	一般名	商品名	作用時間	半減期(hr)	用量(mg)	
GABA _A 受容体作動薬						
BZD系	triazolam	ハルシオン	超短時間作用型	2~6	0.125~0.25	
	etizolam	デパス	短時間作用型	6	1~3	
	brotizolam	レンドルミン		7	0.25~0.5	
	rilamazone	リスミー		10	1~2	
	lormetazepam	ロラメット エバミール		10	1~2	
	nimetazepam	エリミン	中間作用型	21	3~5	
	fulnitrazepam	サイレース		24	1~2	
	estazolam	ユーロジン		24	1~4	
	nitrazepam	ネルボン ベンザリン		28	5~10	
	quazepam	ドラール		36	15~30	
	flurazepam	ダルメート ペノジール		長時間作用型	65	10~30
	haloxazepam	ソメリン			85	5~10
non-BZD系	zolpidem	マイスリー		超短時間作用型	2	5~10
	zopiclone	アモバン	4		7.5~10	
	eszopiclone	ルネスタ	5~6		0.125~0.5	
メラトニン受容体作動薬	ramelteon	ロゼレム	—	1	8	
オレキシン受容体拮抗薬	suvorexant	ベルソムラ	—	9~10	10~20	
	lemborexant	デエビゴ	—	50.6	2.5~10	

- ・過覚醒型：リスクヘッジの観点からはBZD系睡眠薬の長期処方とは推奨されず、不安症状や抑うつが持続する場合には不安障害や気分障害を疑うべき
- ・リズム異常型：睡眠習慣指導とともにramelteonが第一選択となる
- ・睡眠恒常性異常：睡眠維持障害主体では作用時間が比較的に長いeszopiclone, suvorexant, lemborexantが期待できる

三島和夫 編：睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン。(文献¹⁸⁾より引用して改変)

日本腎臓病薬物療法学会：CKD関連情報表・腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧2023年改訂36版(抜粋)(文献¹⁹⁾より作成)

GFRまたはCcr(mL/min)			HD(血液透析) PD(腹膜透析)	透析性	禁忌	腎障害
40	30	20				
中等度~高度低	高度低下		末期腎不全			
腎機能健常者と同じ			活性代謝物が蓄積するため50%に減量	×		
1日1回300mgから開始し、必要に応	禁忌(活性代謝物であるガバペンチンの排泄が遅延し、血漿中濃度が上昇するおそれがある) 300mg(FDA) 300mg(FDA) [HD] 推奨されない(FDA)		[Ccr 15~29mL/min] 1日1回 [Ccr <15mL/min] 2日に1回	○	禁	

キサントについては、重度の腎機能障害患者に対しては慎重投与とされているが、透析患者への投与については特別な用量設定はない。

最後に心理社会的要因については、透析患者ではメンタルヘルスの不調が頻繁に生じるのはよく知られている。透析患者には比較的高い頻度でさまざまな身体的不調や薬物の副作用が生じるが、それとともに、腎不全に罹患し、透析を受けることが強い心理社会的ストレス因子になることもまれではない。不眠の要因となる心理社会的要因についても透析患者の一人ひとりの背景を理解すること、ならびにうつ病や不安症といった精神疾患が併存する場合は適切な治療が受けられるよう、その改善を考慮すべきである。

まとめ

透析患者の睡眠障害を不眠症の面から検討した。透析患者ではさまざまな身体疾患を合併し、その影響によって不眠症状が起りやすい。そのうち身体疾患として代表的な OSAS, RLS, PLMD, かゆみについて説明した。不眠症治療は生活習慣指導とともに、不眠の要因を踏まえた薬物治療を行う。身体的要因だけでなく透析導入期、維持透析期、長期透析期での心理社会的ストレス因子を評価して、患者のセルフケアの支援を行うことが重要である。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文献

- 1) 栗原 怜：「透析患者酸における睡眠障害の実態」アンケート調査の結果報告. 腎不全を生きる 46:4-12, 2012
- 2) Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. J Psychosom Res 2000; 48(6):555-560
- 3) 朝倉明美, 佐々木邦子, 大井真由美, 他：透析患者における睡眠実態調査. 長野県透析研究会誌 32 (1) : 68-70, 2009
- 4) 長谷川 毅：不眠・睡眠障害. 腎代替療法のすべて 第9章 透析患者の合併症 腎と透析 92 増刊号 : 494-496, 2022
- 5) Roumelioti ME, Argyropoulos CP, Unruh M : Sleep disorders in patients with CKD and ESRD. Psychosocial aspect of chronic kidney disease. pp188-192, Academic Press, London, 2021

- 6) 兼板佳孝, 大井田 隆：睡眠障害の疫学. 日大医誌 69 (1) : 6-10, 2010
- 7) Kim K, Uchiyama M, Okawa M, et.al.: An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. Sleep 23:1-7, 2000
- 8) Ancoli-Israel S: Sleep and its disorders in aging populations. Sleep medicine 10:7-11, 2009
- 9) Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, et.al: How do individual sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. Sleep medicine 6: 5-13, 2005
- 9) Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, et.al: How do individual sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. Sleep medicine 6: 5-13, 2005
- 10) 山城義広：睡眠障害国際分類第3版 (ICSD-3) 改訂のポイント (全般). 診断と治療 103 (10) : 1280-1283, 2015
- 11) Sateia MJ: International Classification of Sleep Disorders-Third Edition Highlights and Modifications. CHEST 2014; 146(5): 1387-1394
- 12) 庄司繁市, 奥野仙二, 稲葉雅章：末期腎不全における睡眠障害の実態とリスク. ねむりと医療 5(2):26-30, 2012
- 13) 13) 日本神経治療学会治療指針作成委員会編：標準的神経治療：Restless legs 症候群 <https://www.jsnt.gr.jp/guideline/img/restless.pdf>
- 14) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部 HP：睡眠関連運動障害. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/sleep/sleep-medicine/movement-disorders/index.html>
- 15) 水崎浩輔, 岩澤 嵩, 上柳堅太, 他：レストレスレッグス症候群. 特集 維持透析患者のヘルシーエイジングに向けて. 腎と透析 90: 579-582, 2021
- 16) 熊谷裕生, 江畑俊哉, 高森建二, 中元秀友, 鈴木洋通：かゆみ. 特集 維持透析患者のヘルシーエイジングに向けて. 腎と透析 90: 583-587, 2021
- 17) 三島和夫：不眠症治療の今日的課題. 睡眠医療 8(増刊号) : 458-466, 2014
- 18) 三島和夫 編：睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン. じほう, 東京, 2014
- 19) 日本腎臓病薬物療法学会：CKD 関連情報表. 腎機能低下時の主な薬剤投与量一覧 2023 年改訂 36 版. 日本腎臓病薬物療法学会 HP: https://www.jsnp.org/docs/dosage_recommendations_36.pdf

認知症の「見える化」:透析施設における認知症の症状と重症度の評価法

大内 雄太

"Visualization" of Dementia: Assessment of Symptoms and Severity of Dementia in Dialysis Facilities

Yuta Ouchi

要旨: 透析患者の高齢化に伴い、認知症合併透析患者は年々増加している。しかし、透析医療従事者にとって認知症は症状把握や病状評価のしづらい疾患である。加えて、透析施設にはCT・MRI・脳波計などの医療機器や精神科医・公認心理師などの専門職といった、認知症診療に必要な医療資源が乏しい。そのような透析施設でも、認知症の「見える化（病状の客観的記録）」に役立つものが認知機能検査と心理検査である。令和6年度診療報酬改定で算定可能（80点）であり、透析施設でも容易に入手可能かつ透析医療従事者でも試行可能な心理検査として、認知機能検査（MMSE、HDS-R、MoCA）とBPSD評価尺度（NPI、BEHAVE-AD）を紹介した。さらに、透析施設にはかかりつけ医機能も求められている。透析継続に支障をきたすBPSDを適切に把握し、自施設内で可能な対応法を試み、必要時には速やかに専門医に紹介することが重要である。

Keyword 人工透析、認知症、認知機能検査、心理検査、BPSD

1. はじめに

認知症は、透析医療従事者にとって、初期には注意深く観察をしても症状を把握しづらく、中期～末期には症状自体は容易に把握できるものの重症度や進行速度、治療効果の評価をしづらい疾患である。認知症の定義にはさまざまあるが、「いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）¹⁾」という厚生労働省老健局の定義が臨床的にわかりやすい。認知症の症状は中核症状と行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）からなる²⁾（**図1**）。中核症状は神経細胞死や脳機能低下など認知症の病態そのものに由来する認知機能の障害そのものを指す。認知機能とは大脳皮質で営まれる様々な能力

の総合的な機能を指し³⁾、米国精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR）」では複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知の6領域に分類されている⁴⁾。BPSDは「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状」と定義されており⁵⁾、具体的には、暴言・暴力・攻撃性、介護抵抗、徘徊、食行動異常などの行動症状と、幻覚、妄想、不安・焦燥、抑うつなどの心理症状の2種類に分けられる。特にBPSDの症状は多岐にわたっており、症状把握も対応も難しい。

医療法人美之会 青空クリニック 精神科

〒983-0026 宮城県仙台市宮城野区田子西2-8-3

Tel: 022-387-2666 Fax: 022-387-2667 E-mail: ouchiyuta@soracl.com

図 1：認知症の中核症状と周辺症状

(文献 2 より引用改変)

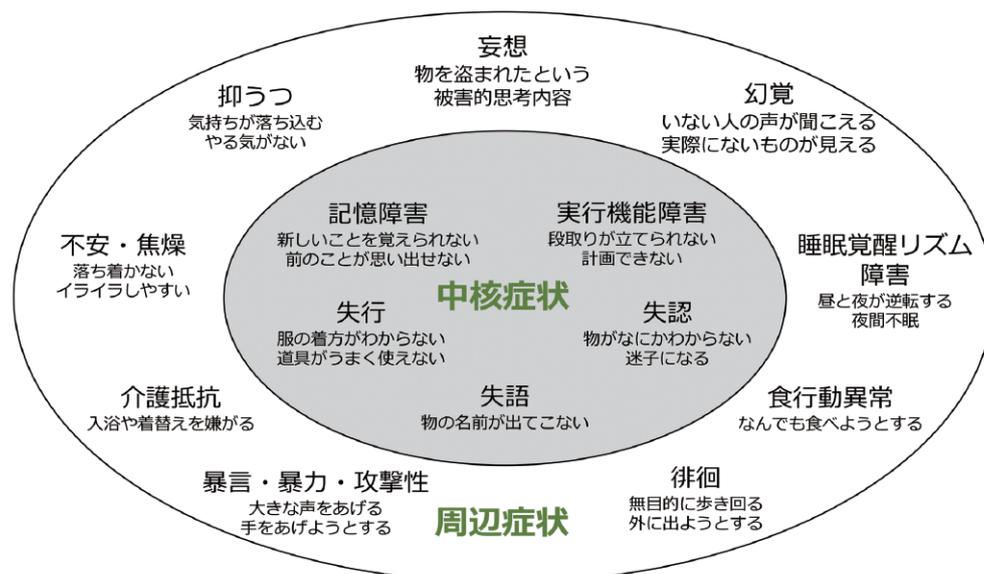
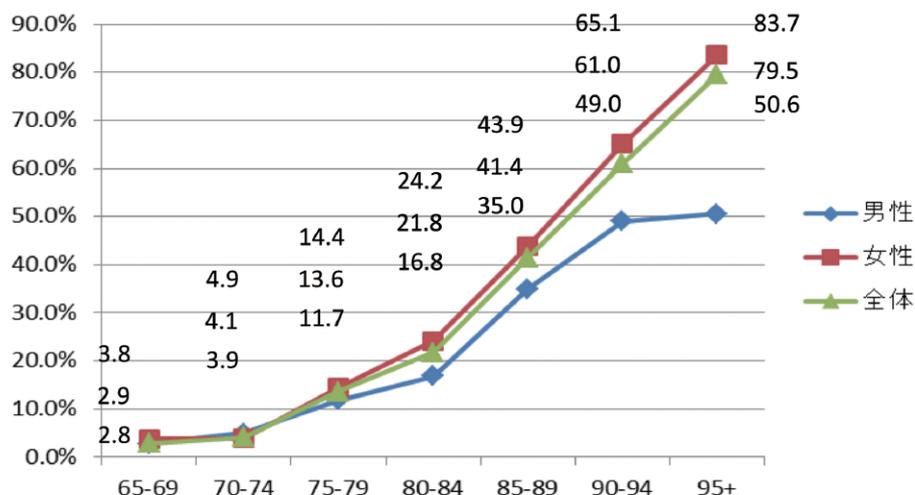


図 2：年齢階級別の認知症有病率

(文献 8 より引用)



2. 透析施設における認知症診療の限界

透析患者の高齢化に伴い、認知症合併透析患者は年々増加している。日本透析医学会の統計資料「わが国の慢性透析療法の現況」によれば、2022年の慢性透析患者の平均年齢は69.87歳、導入患者の平均は71.42歳であり⁶⁾、透析患者の高齢化が進んでいる。認知症の有病率は年齢とともに増加することが知られており^{7,8)} (図2)、透析患者の高齢化は認知症合併透析患者の増加を意味している。事実、前述の日本透析医学会の統計資料によれば、主治医の判断に基づく透析患者の認知症有病率は、2009年に9.8%、2010年に9.9%、2018

年に10.8%と増加傾向を認めている⁶⁾ (図3)。2012年に厚生省研究班の発表した男女別・年齢階級別の認知症有病率 (図2) が、2009年から2022年の透析患者でも同様と仮定すると、2009年の認知症有病率は6.7%、2022年は10.5%と推計され、透析主治医が考えているよりも早いスピードで認知症合併透析患者が増加している可能性が示唆される。

透析施設には認知症診療に必要な医療資源に限りがある。2021年度血液透析患者実態調査報告書⁹⁾によれば、透析患者が透析治療を受けている医療施設は、無床診療所が40.6%、私立病院が32.8%、有床診療所が15.1%であり、この3種類の医療施設で約90%を占め

図 3：主治医の判断または厚労省研究班による認知症有病率から推計される透析患者の年別認知症有病率の比較

(文献 6～8 をもとに筆者作成)

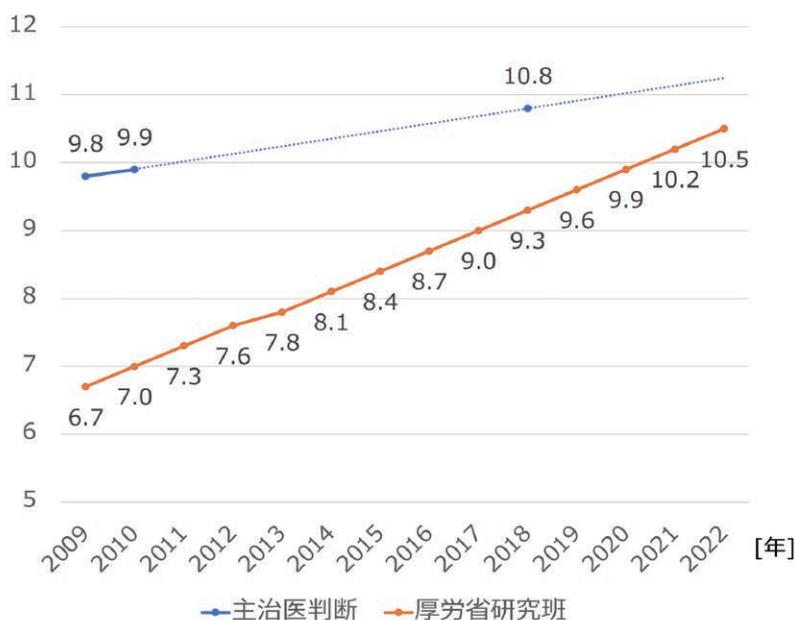


表 1：令和 6 年度診療報酬改定で算定可能な認知症関連の心理検査

(筆者作成)

- ①認知機能検査
HDS-R, MMSE, MoCA-J, FAB, COGNISTAT, Coghealth,
- ②ADL評価尺度
(該当なし)
- ③BPSD評価尺度
NPI, BEHAVE-AD
- ④その他
CDR

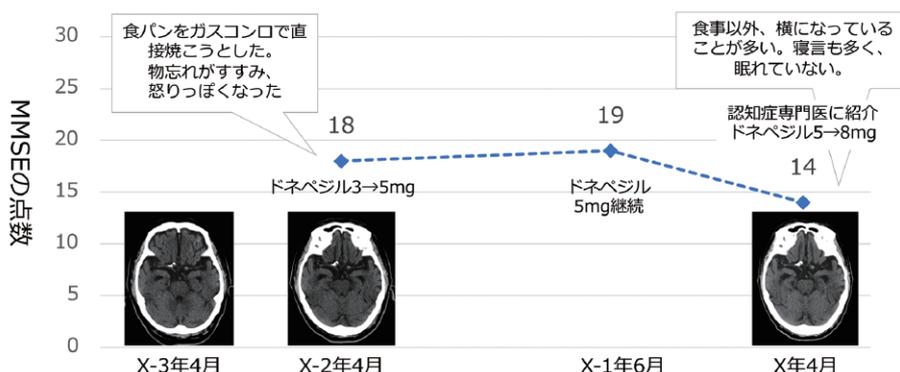
HDS-R: Hasegawa's Dementia Scale-Revised. MMSE: Mini-Mental State Examination. MoCA-J: Montreal Cognitive Assessment-Japanese. FAB: Frontal Assessment Battery. ADL: Activities of Daily Living. BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia. NPI: Neuropsychiatric Inventory. BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease. CDR: Clinical Dementia Rating.

ていた。厚生労働省の医療施設調査¹⁰⁾によると、令和 2 (2020) 年の CT 保有率は一般病院 93%、診療所 6%、MRI 保有率は病院 59%、診療所 2% であり、透析施設の過半数は認知症診療に必須の CT・MRI などの画像検査機器を保有していないことが示唆される。さらに透析施設には脳波計などの生理機能検査機器もないうえ、精神科医や公認心理師もほとんど在籍していない(ちなみに 2023 年 12 月時点の本学会の会員総数 380 名中、精神科医は 19 名、臨床公認心理師は 12 名である)。

3. 認知症の「見える化」のために役立つ 認知機能検査・心理検査

認知症診療に必要な医療資源に乏しい透析施設でも、認知症の「見える化」は可能である。本稿では、認知症の「見える化」とは、一覧表から症状の有無をチェックしたり症状の程度を数値化したりすることによって、現時点での病状を可能な限り客観的に記録することを指す。認知症の「見える化」により、現状の問題点の把握や専門医への病状説明が容易になったり、診断・治療・予後予測につながったり、複数時点の病状比較を行ったりすることができるようになる。表 1 に令和

モデル症例：80代男性、透析歴10年、原疾患：糖尿病性腎症
 診断：アルツハイマー型認知症



ポイント：①同じ検査を半年以上の間隔をあけて繰り返す
 ②年1割以上の点数低下があれば認知症専門医に紹介する

X-2年4月、家族より失行・記憶障害・易怒性亢進の訴えがあり、認知機能低下（MMSE 18点）と両側海馬萎縮進行を認めたため、アルツハイマー型認知症と診断され、抗認知症薬（ドネペジル）が開始された。X-1年6月、病状および薬効判定目的で認知機能検査が施行された（MMSE 19点）。X年4月、家族より意欲低下増悪の訴えがあり、認知症専門医紹介となり認知機能低下進行（MMSE 19点→14点）と両側海馬萎縮進行を認め、抗認知症薬が増量された。

6年度診療報酬改定で算定可能で、透析医療従事者でも試行可能な心理検査を、目的別に①認知機能検査、②日常生活能力評価尺度、③BPSD評価尺度、④その他の4項目に分類して提示した。さらにこれらの中から、透析施設でも入手が比較的容易、かつ臨床上有用な検査を以下に紹介する。各項目内に複数の検査が提示されており、専門的には微妙に使い分けることもあるが、透析施設では各項目からいずれか一つずつ検査を選んで継続的に使用するだけで十分である。透析施設には心理検査を一度も見たことがないというスタッフも少なからずいるため、まずはどれでもよいので入手可能な検査を取り寄せ、自分自身やスタッフ同士で実際に検査を行ってみることをお勧めする。

実際に患者相手に検査を施行する場合は個室を用意できれば最適であるが、どうしても透析室内で施行しなければならない場合は隣のベッドを空ける、ついたてを設置する、入室前や終了後などに他患の少ないタイミングを見計らって行う等の配慮が望ましい。また、検査ははじめから満点を取りにくいように作られていること、「馬鹿にされている」と感じるような質問もあるかもしれないが検査なので怒らずに最後まで協力し

てほしいことの2点を検査施行前に説明することも肝心である。

なお、検査の入手先のURLと価格（税込）は2024年5月時点のものである。

① 認知機能検査

認知機能検査は、たった1回の施行では施行時点での認知機能を評価することしかできないが、同一検査を同一患者に複数回、経時的に施行することによって初めて認知症の診断や病状進行評価、薬効評価などに利用することができる（図4）。DSM-5-TRでは、認知症の診断基準のひとつに、標準化された神経心理学的検査等による以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が求められている⁴⁾。この「標準化された神経心理学的検査」に該当するものが下記の検査である。

① -1 ミニメンタルステート検査日本語版

英語表記：Mini-Mental State Examination-Japanese (MMSE-J)

入手先：日本文化科学社 HP

(<https://www.nichibun.co.jp>)

価格：使用者の手引き 1,210円、記録用紙（50名分）

7,700 円

所要時間：10-15 分

カットオフポイント：30 点満点中、27 点以下は軽度認知障害 (mild cognitive impairment, MCI) 疑い、23 点以下は認知症疑い

解説：1975 年に米国の Folstein らによって作られた世界標準の認知機能検査である。インターネット上や書籍に掲載されていることもあるが、MMSE のコピーやダウンロードを無断ですることは著作権侵害にあたる可能性がある¹¹⁾。軽度認知障害 (MCI) とは認知症の前段階にあたる状態で、5 年以内に約 50% が認知症に移行すると言われている。

① -2 改訂長谷川式認知症スケール

英語表記：Hasegawa's Dementia Scale-Revised (HDS-R)

入手先：日本老年医学会 HP

(<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>)

価格：無料

所要時間：6-10 分

カットオフポイント：30 点満点中、20 点以下は認知症疑い

解説：1974 年に精神科医の長谷川和夫によって作られ、1991 年に改定された認知機能検査である。日常診療では無料で使用できるところが利点であるが、日本独自の検査であるため研究等で英語論文化を考へている場合には注意を要する。

① -3 モントリオール認知評価検査 (MoCA, MoCA-J)

英語表記：Montreal Cognitive Assessment, MoCA

入手先：MoCA cognition HP

(<https://mocacognition.com>)

価格：無料 (英語によるレジストレーションが必要)

所要時間：10 分程度

カットオフポイント：30 点満点中、25 点以下で MCI 疑い

解説：1996 年にカナダの Ziad Nasreddine によって作られた世界標準の認知機能検査である。もともと MCI のスクリーニング用に作られた検査であるため、ある程度進行してしまった認知症患者には試行自体がむずかしい。

② 日常生活能力 (Activities of Daily Living, ADL)

評価尺度：該当検査なし

2024 年時点では保険診療で算定可能な心理検査はないが、ADL 評価尺度は認知症患者への看護業務や介護保険サービスを提供するうえでもっとも重要である。ADL は基本的 ADL (Basic Activities of Daily Living, BADL) と手段的 ADL (Instrumental Activities of Daily Living) に分類される。BADL とは移動、階段昇降、食事、入浴、トイレ、排泄、更衣などの基本的な日常生活活動度を示し、代表的な指標として Barthel Index が

あげられる。また IADL とは電話、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段、服薬管理、金銭管理など、BADL よりも高次の日常生活活動度を示し、代表的な指標として Lawton の尺度があげられる。また、認知機能・BADL・IADL をまとめて評価する指標として、介護領域で頻用されている「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items, DASC-21)」があげられる。

③ BPSD 評価尺度

透析医療従事者にとって、BPSD 評価尺度は「症状を言語化して、適切に把握するためのトレーニング」として有用である。BPSD 評価尺度にはカットオフポイントがなく、例えば精神科領域では「治療的介入の前後で BPSD の重症度の変化を見る」など経時的な変化を捉えるために使用することが多い。BPSD は平穏な家庭生活や安全な透析治療継続の支障となる。しかし、BPSD は多岐にわたっており、精神症状を言語化するトレーニングを受けていない透析医療従事者にとっては、目の前にある精神症状をとらえること自体がむずかしい。

③ -1 NPI

英語表記：Neuropsychiatric Inventory (NPI)

入手先：株式会社マイクロン HP

(<https://micron-kobe.com>)

価格：マニュアル 700 円、検査用紙 10 部 2,800 円

所要時間：NPI 60 分 (NPI-Q 10-20 分)

解説：1994 年に Cummings らによって作られた世界標準の BPSD 評価尺度である。検査用紙は妄想・幻覚・興奮・抑うつ・不安・多幸・無為・脱抑制・易刺激性・異常行動の 10 項目 (のちに、夜間行動・食行動の 2 項目が追加され計 12 項目) の質問からなる。質問項目に従って、患者本人ではなく介護者に半構造化面接を行い、10 項目を 0 ~ 120 点の範囲で得点化し、高得点ほど BPSD が重度と評価する。面接形式の NPI に対して、質問紙形式の NPI-Q も存在する。

③ -2 BEHAVE-AD

英語表記：Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)

入手先：日本語版 BEHAVE-AD の原著論文¹²⁾

価格：無料 (「学術的目的で使用される際には (著作権を) 考慮する必要はない」¹²⁾)

所要時間：15-20 分

解説：1987 年に Reisberg らによって作られた世界標準の BPSD 評価尺度である。もともとは薬効評価目的に作られた検査で、25 項目の質問からなる。本人ではなく、介護者からの情報のみで判定可能である。

4. 透析施設におけるBPSD対処法

透析施設内ですべてのBPSDに対処することは困難であるが、前項の心理検査を用いたBPSDの「見える化」によってBPSDの早期発見・早期対処・早期治療につなげることができる。BPSDの早期発見により未然に自己抜針対策等の早期対処を行い、本人、家族及び同時に透析治療をうける他患の安全な透析継続にも寄与することができる。また、BPSDが重症化する前に認知症専門医への紹介を行えば、透析への影響の少ない（透析中の血圧低下や過鎮静をおこさない）、より低用量の薬物でBPSDをコントロールすることも可能となる。

BPSDへの対応法には、①身体疾患の有無のチェックと治療、②薬物の副作用や急激な中断のチェック、③不適切な環境やケアのチェックと改善、④介護サービスの利用といった非薬物的介入が原則であり、①～④を試みても改善しないか、本人あるいは家族等に身体的な危険がおよぶ可能性がある場合には、⑤薬物療法の適応となる。①について、脳血管障害、感染症、脱水、便秘などによってBPSDが悪化することがあり、自覚症状に乏しい認知症透析患者の身体的管理は透析施設の責務である。②について、漫然と使用されていて、効果の不明な抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬などの薬物の副作用が原因であることもあり、漸減～中止してみることも有用である。③および④について、家族等の介護者の不適切なケアが原因で攻撃性や興奮などを認めることもあるため、介護者のケアの仕方に問題がある場合はショートステイなどを利用して介護者と患者の距離をとることを検討する。⑤について、専門医への紹介を検討すべきだが、紹介までに時間がかかり一刻の猶予もない場合、向精神薬使用ガイドライン¹³⁾に沿った薬物療法を開始すべきである。その際には、BPSD治療に保険適応のある薬剤はないため、十分なインフォームドコンセントが必要である。

5. 認知症専門医の探し方

前述の認知機能検査・心理検査により認知症が疑われたため確定診断をつけたい場合や、自施設内ではBPSDへの対応が困難な場合は、認知症専門医への紹介が必要である。

認知症専門医には日本認知症学会認定専門医と日本老年精神医学会認定専門医の2種類があり、それぞれの特徴をおさえて使い分けることもポイントである。前者の日本認知症学会には神経内科医が多く在籍しており、筆者の個人的な印象ではあるが、認知症と神経疾患の鑑別や神経変性疾患による認知症の診断を得手

とする医師が多い。また、後者の日本老年精神医学会には精神科医が多く在籍しており、認知症と精神疾患の鑑別や向精神薬を用いたBPSD治療を得手とする医師が多い。両学会ともにホームページ内に「専門医検索」サイトを開設しており、必要に応じて地域の認知症専門医療につなげることが重要である。

6. おわりに

透析治療を継続する上で、認知症は様々な問題を生むため、透析施設でも適切に心理検査を行う意義は大きい。今回提示した心理検査（認知機能検査、ADL評価尺度、BPSD評価尺度）およびBPSDへの対処法を参考にしながら、適切なタイミングで専門医との連携をはかっていただきたい。

本総説は、第33回日本サイコネフロロジー学会診療ガイド作成委員会シンポジウムで企画された「サイコネフロロジーにおける精神症状の『見える化』：スクリーニングの最適化に向けて」（2022年7月23日）にて、筆者が担当した「認知症の『見える化』」の発表を内容に一部加筆したものである。

文献

- 1) 厚生労働省老健局：認知症施策の総合的な推進について <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf>, 2019.
- 2) 山口登. 認知症の医療. 長谷川和夫 (編著). やさしく学ぶ認知症のケア. 大阪：永井書店, 2008：13-28.
- 3) 藤井直樹. 第2章 認知症とは. かかりつけ医が認知症・MCIを診る 第2版. 東京：日本医事新報社, 2016：5-16.
- 4) 日本精神神経学会 (日本語版用語監修), 高橋 三郎・大野 裕 (監訳). 17 神経認知障害群. DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京：医学書院, 2023：648-712.
- 5) 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 (AMED) 「BPSDの解決につながる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発～笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」研究班:BPSDの定義、その症状と発症要因. 認知症ケア研究誌. 2018;2:1-16.
- 6) 日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況 <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>, 2009-2022.
- 7) 朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）総合研究報告書「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」 http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page_id=806, 2012.
- 8) 首相官邸：認知症施策推進のための有識者会議（第2回）資料1 認知症年齢別有病率の推移等について https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/yusikisha_dai2/siryoul.pdf, 2019.
- 9) 公益社団法人日本透析医会 血液透析患者実態調査検討ワーキンググループ：2021年度血液透析患者実態調査報告書 http://www.touseki-ikai.or.jp/html/05_publish/dld_index_public/no_37-2_sv.pdf, 2022.
- 10) 厚生労働省：令和2(2020)年医療施設（静態・動態）調査（確定数）・病院報告の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/02sisetu02.pdf>, 2022.
- 11) 小宮仁, 梅垣宏行, 川嶋修司, 他. 高齢者総合機能評価 (CGA) ツールを利用する際の著作権侵害の問題. 日本老年医学会雑誌 2021; 58: 1-12.
- 12) 朝田隆, 本間昭, 木村通宏, 他. 日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について. 老年精神医学雑誌 1999; 10: 825-834.
- 13) 厚生労働省：かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版） <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>, 2015.

腎臓病の療養生活における食事を通して 管理栄養士が行う「こころ」のサポート

吉田 朋子¹⁾ 青山 東五²⁾ 石井 大輔³⁾ 比企 直樹¹⁾⁴⁾

Mental support by dietitian through dietary counseling in the treatment of kidney disease

Tomoko Yoshida Togo Aoyama Daisuke Ishii Naoki Hiki

要旨：CKD 患者への管理栄養士の介入は推奨されているが、サイコネフロロジー領域での役割は確立されていない。管理栄養士がサイコネフロロジー領域で行う業務には、栄養相談と栄養サポートがある。栄養相談では、CKD 患者との信頼関係を構築し、複雑で多岐にわたる食事療法が最小限のストレスで、長期に実践できるように支援をしていくことが必要である。栄養サポートでは、食事摂取不良が長期化すると低栄養となり、ADL や QOL の低下を招くため、摂取量が改善するまでは食事療法の緩和などを多職種で検討し、個々にあった栄養療法を提案・実践していくことが必要である。そして、これらの実践には、管理栄養士の食と栄養の知識が不可欠となる。また、食事を通しての「こころのサポート」を行うことも重要であり、本稿において、サイコネフロロジー領域での管理栄養士の必要性を述べる。

Keyword 慢性腎臓病、食事療法、栄養相談、こころのサポート

1. はじめに

エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023 では、「慢性腎臓病 (chronic kidney disease : CKD) のステージ進行および腎代替療法への導入を抑制する可能性があるため、管理栄養士の介入を推奨 (1C)¹⁾」している。CKD 患者においては、自身で行うセルフケア行動が療養生活の鍵を握る²⁾とされている。CKD セルフケア行動のひとつである食事療法は、患者自身が食環境や食欲・生活・就業などさまざまな個々の因子と共存させながら、実践をしなければならない。それゆえ、管理栄養士が CKD 患者に対して介入を行うことは重要である。

サイコネフロロジーとは、腎臓病学と心身医学・精神医学・心理学・看護学などとの共通する部分を扱う学問である^{3,4)}。サイコネフロロジーで扱う領域には、

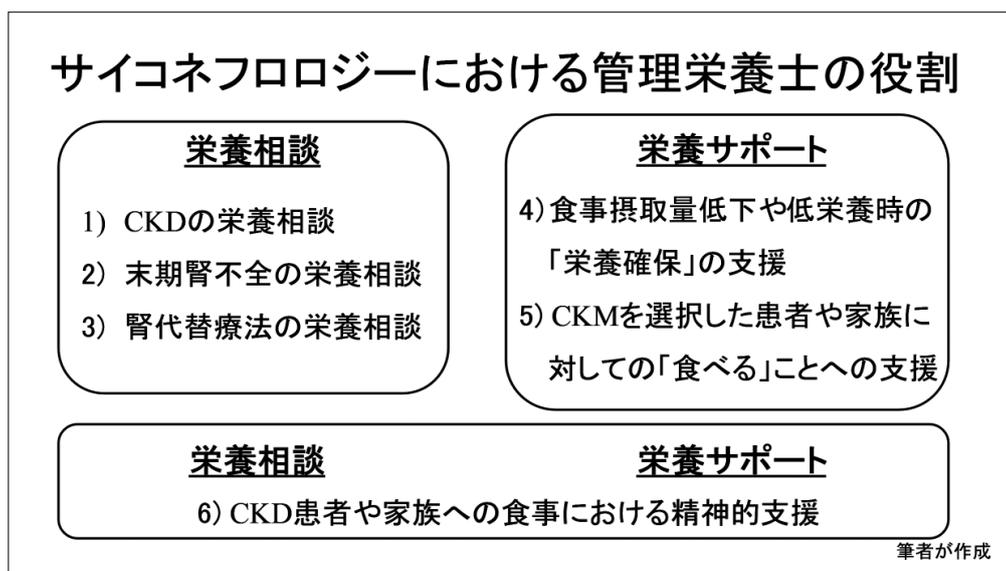
(1) CKD 患者の精神的ケア、(2) 精神疾患・精神症状をもつ CKD 患者の診療、(3) CKD 患者の腎代替療法に関わる意思決定支援、(4) 非がん患者の緩和ケア、(5) 腎代替療法に関わるスタッフのメンタルケアなどがある³⁾。しかし、CKD 患者への管理栄養士の介入は推奨されているが、サイコネフロロジー領域での役割は確立されていない。本稿では、第 33 回日本サイコネフロロジー学会学術集会の教育講演【CKD 療養生活における食事を通して管理栄養士が行う「こころ」のサポート】の内容を中心に、当院で行っている多職種協働の中での管理栄養士による食事を通しての「こころ」のサポートを概説する。

北里大学病院栄養部¹⁾、北里大学医学部腎臓内科学²⁾、北里大学医学部泌尿器科学³⁾、北里大学医学部上部消化管外科学⁴⁾
北里大学病院栄養部

〒252-0375 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

TEL: 042-778-8105 Fax: 042-778-9260 E-mail: tomo-y@kitasato-u.ac.jp

図1：サイコネフロロジーにおける管理栄養士の役割



2. サイコネフロロジーにおける管理栄養士の役割

筆者が考えるサイコネフロロジーの領域における管理栄養士の役割を、図1に示す。管理栄養士がサイコネフロロジーの領域で行うことが可能な業務は、大きくわけて栄養相談と栄養サポートである。栄養相談は、CKD、末期腎不全、腎代替療法（透析・腎移植）の栄養相談に該当する。栄養サポートは、食事摂取量の低下や低栄養、保存的腎臓療法（conservative kidney management: CKM）などに対する食事への支援である。

腎臓疾患の食事療法は複雑で多岐にわたり、さらにCKDステージや腎代替療法の種類によって内容が異なるため、患者や家族は混乱することが多い。また、食事摂取量の低下や低栄養の場合には「食べる」ための工夫、CKMを選択した場合には患者や家族の気持ちにそった食事対応などの介入が必要であり、栄養相談と栄養サポートのどちらにおいても、患者や家族への精神的な支援も重要である。そのため、CKD患者・家族の食事・栄養に関わる管理栄養士は、栄養学的な専門知識と合わせてサイコネフロロジーの知識をもって関わるとよいと考える。

3. サイコネフロロジー領域で必要な栄養介入

1) 食事と栄養相談に必要なスキル

食事とは、(1) 生体が必要な物質を体外から取り入れて、発育・成長および生命の維持に利用し、健全な生命活動を営むための栄養をとることだけではなく、(2) 生活リズムの形成、(3) 食欲、楽しみ（こころの豊

かさや満足感、QOLの維持向上）、(4) コミュニケーションや社会性の構築、(5) 食文化の継承（行事や郷土料理）などの役割がある。

栄養相談は、医師からの指示で治療の一環として行われるため、各々の疾患にあわせた(1)の栄養の話が中心となる。しかし、患者が日々摂取する食事は栄養をとるだけではなく、(2)から(5)など他の要素も含むため、これらを踏まえた栄養相談でなければならない。以下に栄養相談で必要なスキルをいくつか挙げる。

① コーチング

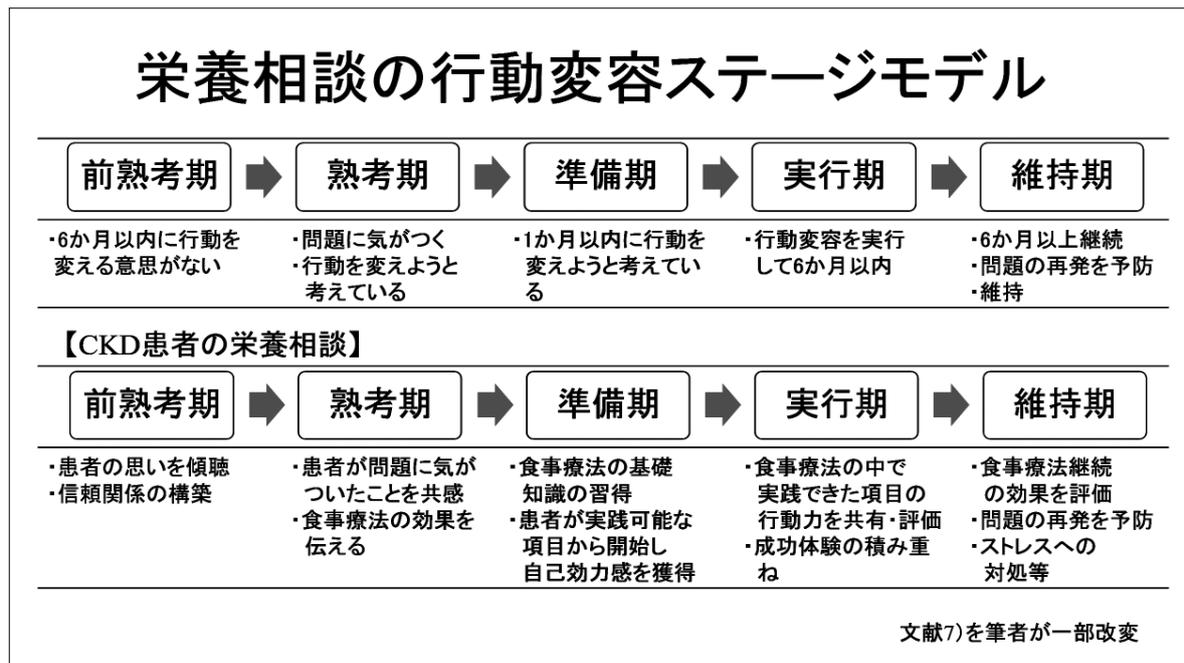
「指導」とはある目的に向かって教え導く、ティーチングのことであり、一方通行となりやすい。特に、腎臓病の食事療法では、食塩やカリウム、リンなどの検査結果や体重増加量から、「食べてはダメ」という一方的な指導が見受けられる。これでは、CKD患者が腎臓に負担をかけないように意識をしながら食行動をしよう、と考えている潜在的な能力を活かすことができていない。

一方で、「相談」は問題を解決したり、物事を決めたりするために、他人の意見を聞いたり、互いに意見を述べることであり、双方向による対話ができる。腎臓病療養指導のためのCKD指導ガイドブックには、コーチングとは対話により患者の目標達成を図るコミュニケーションスキルであり、患者が問いかけにより自身で考えることによって、問題点や新たな可能性・視点に気づき、自発的な行動へとつながる5)と記載されている。

② ラポールの形成（信頼関係）

CKD患者に必要な食事療法の知識は、食塩、たんぱく質、エネルギー、カリウム、リン量の把握、場合によっ

図 2 : CKD 患者の栄養相談の行動変容ステージモデル



※ CKD 食事療法は複雑であるため、患者がどのステージにいるのかを把握し介入をする

ては水分量の調整など多岐にわたり複雑である。食事療法の実践には、今までの食生活から腎臓に負担をかけない食生活への食行動の変容が求められる。そのため、行動変容に至る支援のプロセスには、信頼関係を築き、患者を理解したうえで、望ましい行動を具体化できるように環境を整え、望ましい変化を強化すること²⁾が必要とされている。

信頼関係を構築するためには、先入観をもたずに、患者の話を傾聴し、個性を受容して共感的理解を示し、対話をすすめていくとよい。そして、患者が人生の中で「食事」を通じて、楽しいことや辛かったこと、また、今後のCKD治療の不安などの表出があった場合には、その話を傾聴しながら気持ちに寄り添うことは、信頼関係を構築するきっかけとなる。

さらに信頼関係が構築できると、管理栄養士からの承認や同意などは行動変容を促す社会的な正の強化子となり⁶⁾、CKDの食事療法の実践につながりやすいと考える。

③ 行動変容ステージモデルを用いた患者把握

CKD患者の栄養相談では、Prochaskaの行動変容ステージモデル (transtheoretical model : TTM)⁷⁾を用いて行うのがよい [図2]。行動変容は、前熟考期→熟考期→準備期→実行期→維持期の5段階のステージをすすんでいく⁷⁾とされている。そのため管理栄養士は、患者が現在どのステージにいるのかによって、アプローチ方法を変える必要がある。また治療や環境、体調などの変化によってステージは容易に変化をするため、

その変化を見逃さずにアプローチ方法を変更することも大切である。

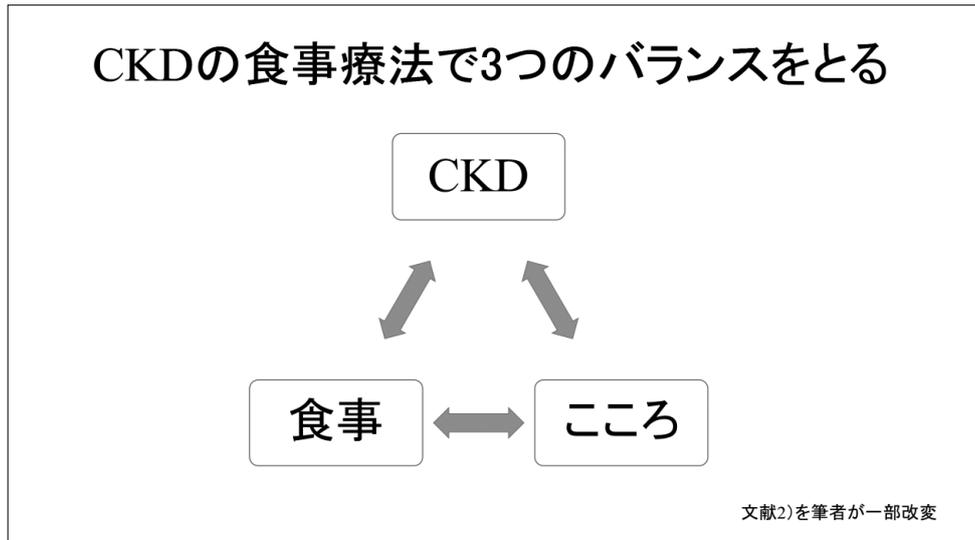
前熟考期は、患者が6か月以内に行動を変える意思がない段階である⁷⁾。この時期には、CKDの食事療法の教育をしても効果が見込みにくい。まずは患者に疾患への思いや食生活、家族との関係など患者自身が話をしてほしいことを語ってもらう。そして、その思いを共感しながら受け止め、信頼関係を構築することを優先する。信頼関係が構築できると、患者から食事の話をしてくれるようになる。

熟考期は、患者は何か問題があることに気がつき、何かしたほうがよいと考えているが、まだ行動に移していない段階である⁷⁾。まずは患者が、自ら問題に気がつけたことに共感的理解を示す。さらに、食事療法を含めたセルフケアマネジメントを行うことは、CKDの病態に良好な効果を与えることを伝え、その中で食事療法に関心をもてるように話をすすめていく。さらに、個々の患者にあったセルフケア行動を発見できるように支援する。

準備期は、1か月以内に行動を変えようと考えている段階である⁷⁾。このステージまで達すると、CKD食事療法の基礎知識の習得や具体的な行動変容の策定などを支援する。

実行期は、問題を解決するための効果的な行動を実行して6か月以内である⁷⁾。管理栄養士は専門的立場で、CKD食事療法の実践項目の行動力を共有し、体重や採血・蓄尿結果、食事記録などを用いて評価をする。そ

図3：CKDの食事療法での3つのバランス



して、評価した結果から CKD 食事療法を含めたセルフケア行動から、導き出される効果の成功体験を積み重ねていけるように支援をする。

維持期は行動変容から6か月以上継続できている段階であり⁷⁾、問題の再発を予防し、その効果を評価することで継続を確実なものとしていく。CKD 食事療法のコツを覚え、患者自身の食生活の一部になり始めている。また、食事はさまざまな因子が絡んでいるものであり、ストレスの発生や上手くいかないことが起こり得るため、ストレスコーピングを含めた対処法を考えられるように支援を行う。そして、準備期からの自己効力感は成功体験などで高まり、正の自己強化子となることによりさらに行動力を促進し⁶⁾、モチベーションの維持ができる。

④ 自己効力感 (self-efficacy) を活用した食事療法の実践

Bandura が提唱した自己効力感は、課題や行動を達成・遂行できることに対する自己評価であり、達成・遂行できるという自信の程度 (効力予期) である⁸⁾。自己効力感は、達成・遂行できたという成功体験、他者の観察による代理体験、他者からの賞賛などによる社会的説得、気分や体調など生理的情動的状態の変化の体験により高められる⁶⁾とされている。

患者は CKD の治療にあわせた食事と上手く共存していく必要がある。食事療法を行うことは、高度な自己制御が必要で、ストレスフルな行為である。そのストレスを最小限に抑え、患者と一緒に、長期に実践可能な個々にあった方法を見つけ出すための支援を行う。「食べてはダメ」の一方通行の指導ではなく、患者の気持ちを組み入れた上で、CKD 治療に影響を及ぼさない

程度に楽しむことができる食事の工夫や、これなら自分にもできるという自己効力感を獲得することは、長期にストレスを軽減しながら食事療法を実践できる鍵となると考える。

2) CKD 食事療法における 3つのバランス

CKD の食事療法では、「CKD」、「食事」、「こころ」の3者はそれぞれ関連する²⁾ [図3]。腎機能や血圧、浮腫、尿毒症症状などの身体的な症状を含めた CKD の病態に合わせた食事療法は必要であり、食事療法を行うためには食行動の変容や維持をすること、さらに食事は毎日のことであり、患者の気持ちや思いなどのこころを含めた心理的な因子も大切である。それゆえ管理栄養士は、CKD の食事療法においてバランスが崩れることなく、個々に合わせた3者のバランスがとれるように関わっていくことが必要である。

3) 食事療法が上手くいかない場合

CKD の食事療法は、ストレス、食欲、多忙、個々の価値観、ライフイベント、社会との協調や家族との大切な時間、経済的理由などさまざまな要因で上手く実践できない場合がある。管理栄養士は、腎機能だけではなく、環境、心理状態、精神面などを含めた情報を収集した上で総合的な評価を行う必要がある。食事療法の実践が上手くいかない場合には、できないことを否定するのではなく、軌道修正ができるように支援を行うとよい。またできない中で1つでもできたことがあれば (例：食事は変えられなかったが体重は測定した)、できたことを共有し評価する。そして患者の状況にあわせて一緒に短期目標の変更をし、モチベーションが維持できるよう対話をすすめていくと、食事療法の大きな脱線にはつながらない。

4. 栄養相談や栄養サポートの実際

1) CKD の栄養相談

CKD の食事療法自体が、多岐にわたり複雑である。食事療法の開始や継続によるストレスや不安症状の出現などがみられる場合には、精神的なケアが必要となる。さらに CKD 治療で用いられる薬剤の中には、血清カリウム値などに影響するものもあり、食事療法のみが原因になるとは限らない。それゆえ、管理栄養士は薬物療法を含めた CKD 治療全体を確認し、患者の不安を軽減していくことも必要である。

また統合失調症、気分障害、うつ病、双極性障害、不安症、睡眠障害、摂食障害、アルコール依存症などを併存疾患とする CKD 患者の栄養相談においては、医師や看護師、心理士、医療ソーシャルワーカーなどの多職種と現在の精神状態の評価や治療方針などを共有しながら行うとよい。

2) 末期腎不全の栄養相談

末期腎不全に至ると、腎代替療法選択が必要となる。現在の腎機能にあった CKD の食事療法と併せて、腎代替療法後の食事療法がどのように変化するかなどの情報提供も行う。この情報提供は、患者の腎代替療法選択の主たる決定に影響する項目ではないが、食事は毎日のことであり、必要な項目のひとつである。そのため管理栄養士は、腎代替療法に関わる意思決定支援を直接は行わないとしても、腎代替療法支援に間接的に関わっている。

また、末期腎不全期は、尿毒症による急性外因性反応型の精神症状を示しやすい時期であり、透析が必要と診断された精神的ショックに伴う反応性精神状態に陥ることがある⁹⁾とされている。腎機能が悪化し、腎代替療法が必要となる時期の患者では、精神症状を理解したうえで、栄養相談を行う必要がある。

当院では、医師、看護師（透析・腎移植・在宅支援・内科外来・小児科外来）と管理栄養士が月 1 回カンファレンスを行い、腎代替療法選択などの情報を共有している。各職種が介入をする中で、患者の病態だけではなく精神的な不安や身体的な苦痛などの対応に苦慮する場合も、各職種が専門的な立場から意見をだしあって、解決に導けるように検討をしている。

3) 腎代替療法（透析・腎移植）の栄養相談

医療機関における腎代替療法選択支援に関わる職種は、医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、管理栄養士、心理士、医療ソーシャルワーカーなどである¹⁰⁾。

春木は、「透析患者に生じる精神医学的な問題には、身体的な原因で生じる精神神経症状と心理的・環境的・状況依存的問題ないし障害を背景にもつ症状がある⁹⁾」と述べている。さらに「透析患者の精神的負荷となる

因子には、生活制限や食事・水分制限の工夫、経済や社会的制約、身体的合併症や身体的能力の低下、家庭での役割の変化、繰り返される透析による拘束や透析機器と医療スタッフへの依存、自己像や身体像の変化、疾患や生命予後に対する不安などがある⁹⁾」とも述べている。そして、透析の効果的な管理をするためには、透析日の来院や複数の薬を内服、水分や食事制限を守ることは欠かせない¹¹⁾とされている。また腎移植においても、腎移植が成功しないことや移植腎の拒絶・廃絶となれば再び透析へ戻らなければいけないという不安⁹⁾は、患者からよく聞かれる言葉である。

腎代替療法中の患者と管理栄養士の間には、栄養相談を継続していく中で、信頼関係が構築されている場合もある。信頼関係が構築されていると、管理栄養士に食事や栄養のことだけではなく、腎機能悪化や CKD 治療などの不安の心情を吐露することがある。患者からは、「腎機能が悪くなるのは止められないのか」、「過去に血液透析を行っていた時には辛くて食べられなくなった」、「またあの時と同じようになるのか」といった診察では話せなかったこと、聞いたかったけど聞けなかったことなどのさまざまな不安の表出がある。管理栄養士として気持ちを吐き出させ、共感的理解を示し、話をすることで不安の軽減が図れるようにする。当院ではカンファレンスにおいて、医師、看護師、管理栄養士などの多職種と共有・連携し、患者や家族の不安の軽減や解決することに努めている。

4) 食事摂取量低下時や低栄養時の栄養確保の支援

風邪や感染症などの体調不良時や尿毒症症状出現、合併症、また精神的不安などから食事摂取量が低下する際には、栄養サポートが必要となる。

患者は嘔気や食欲低下などによって食事摂取量が低下すると、体重や栄養状態も低下しやすい。しかし浮腫などの体液過剰があると、食事摂取量が低下していても体重が減少せず、見かけ上は体重が維持や増加している場合がある。また、CKD 患者は慢性炎症があるため、たんぱく質・エネルギー消耗状態 (Protein Energy Wasting: PEW) や栄養障害 (Malnutrition) と慢性炎症 (Inflammation) と動脈硬化 (Atherosclerosis) が因子となる MIA 症候群 (malnutrition inflammation atherosclerosis syndrome) など特有の低栄養を呈する。さらに食事摂取量や栄養状態の低下は、日常生活動作 (Activities of Daily Living: ADL) や生活の質 (Quality of life: QOL) の低下につながる可能性がある。当院では、食事摂取不良や低栄養を呈する患者には、栄養・食事のサポート強化を多職種とのカンファレンスで検討している。例えば、一時的な食事制限の緩和や、患者が食べたい食品を食事に組み入れることなどを行っている。管理栄養士は、患者の食事摂取がすまない気持ちや、

少しでも摂取できたことなどを共有しながら、食べるための支援を行うとよい。

5) CKM を選択した患者や家族の食べることへの支援

腎不全に対する腎代替療法ではない治療法であるCKMは、「透析の見合わせや終了となった場合に、腎不全に伴う合併症と、身体的、心理・精神的、社会的苦痛、スピリチュアルペインを緩和・解除することを目的¹²⁾」としている。管理栄養士は、家族や医師、看護師などの多職種と一緒に終末期の食べることへの支援を行うことができる。CKMを選択した患者に対して、本人や家族から食べたい食品や料理のリクエストがあった場合には、病院食の献立を工夫して組み入れることができるのは、食と栄養の専門家の管理栄養士だからこそ可能な支援である。また「食べたい」だけではなく「食べたくない」という気持ちを表出されることも経験する。栄養確保が目的ではないため、患者の気持ちを優先することも忘れてはならない。

6) CKD 患者や家族への食事における精神的支援

栄養相談や栄養サポートを実施する際に、患者や家族の食事における精神的サポートはとても重要である。腎臓病は慢性疾患であり、患者および家族は、腎臓病と診断をされてから疾患と共存をしながら、薬物療法や食事療法、ステージによっては腎代替療法を生涯にかけて行っていく。以前はCKDの食事療法＝制限食であったが、現在は透析機器や薬物療法の併用によって、食事療法のストレスを軽減できる可能性もある。また、栄養障害や低栄養を助長するような食事療法を行うべきではなく、必要な栄養をとりつつCKDの治療の一環としての食事管理を行うことが今後は必要となる。

5. サイコネフロジーを踏まえた CKD患者の栄養相談

患者および家族への栄養相談は、①一方通行の指導ではなく、最小限のストレスで長期に継続できるために対話をしながら個別化した食事療法の提案をすること、②CKD治療の中で食事のことを気軽に相談できる場であり、③「CKD」と「食事」と「こころ」のバランスをとれるようにサポートすることが必要と考える。また一方で、患者の残腎機能や心臓など身体に影響することであれば、管理栄養士から「今のままでは身体に悪影響を生じるため、食事を変えなければいけない」と話すことも必要である。このような状況における管理栄養士の役割は、患者や家族と一緒に現時点で行うべき行動を考えて支援をしていくとよい。

筆者が心がけているのは、患者のこころに寄り添った栄養相談である。患者を全人的に理解することは大前提であるが、CKDの治療および行動変容ステージに

合わせた入院から外来まで継続した栄養管理支援や信頼関係、精神面での支援、残腎機能に合わせた食事療法に患者の生活や思いなど組み入れた個々にあった食事の支援、自己効力感や成功体験の蓄積など、患者に寄り添った専門的な支援を行うことを意識している。

おわりに

サイコネフロジー領域での管理栄養士の役割は確立されていない。しかし、管理栄養士は食と栄養の専門家だからこそ食事を通しての「こころのサポート」を行うことが可能である。CKD患者に対して、「治療」と「こころ」が両立できる食事の提案をすること、さらに終末期が近い場合には、「食べたい」または「食べたくない」という思いに寄り添った栄養サポートといった個々に合わせた栄養相談・栄養介入が必要である。

利益相反自己申告：申告すべきものはなし

本稿の要旨は、第33回日本サイコネフロジー学会学術集会(2022年)の教育講演において発表した。

文献

- 1) 第8章 栄養. 日本腎臓学会編. エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. 東京:東京医学社, 2023; 85 - 86.
- 2) 第2章 CKDの治療, 生活指導. 日本腎臓学会. 医師・コメディカルのための慢性腎臓病 生活・食事指導マニュアル. 2015; 24-28.
- 3) 大武陽一. サイコネフロロジーにおける心身医学の役割. Jpn J Psychosom Med 60, 2020; 155-161.
- 4) Ohtake Y. Psychonephrology in Japan. Ren Replace Ther. 2017; 3:25.
- 5) 腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック. 日本腎臓学会・日本腎不全看護学会・日本栄養士会・日本腎臓病薬物療法学会・日本腎臓リハビリテーション学会編. 東京:東京医学社, 2021; 193-194.
- 6) 栄養教育論改訂第5版. 武見ゆかり・足達淑子・木村典代・林芙美編. 東京:南江堂. 2022; 27, 37-41, 73 - 74.
- 7) Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot12 (1): 1997; 38-48.
- 8) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev84 (2): 1977; 191-215.
- 9) 春木繁一. 透析患者の心を受けとめる・支えるサイコネフロロジーの臨床. 大阪:メディカ出版. 2010; 30-40.
- 10) 慢性腎臓病患者とともにすすめるSDM実践テキスト - 患者参加型医療と共同意思決定 -. 腎臓病SDM推進協会編集. 東京:医学書院. 2020; 124.
- 11) サイコネフロロジー・エッセンシャル 慢性腎臓病・透析・腎移植の患者と家族のこころのケア. エンゲルマン里恵翻訳編集. 東京:メジカルビュー社. 2022; 214.
- 12) 高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法 - conservative kidney management (CKM) の考え方と実践 -. 「日本医療研究開発機構 (AMED) 長寿科学研究開発事業. 高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築研究班」. 東京:東京医学社. 2022; 1-3.

人をつなげるコミュニケーション

藤田 譲

How to communicate with others

Joe Fujita

要旨：コミュニケーションとは、その語源から考えると情報を共有する・分かち合うというところまでを含意しており、「複数の人の間で行われる情報のやり取りのありよう」と定義できよう。慢性腎臓病の臨床においては、患者／家族、スタッフ間、それと院外多職種との間でコミュニケーションが行われており、その成否が医療の質にもつながっていると考えられる。その意味において、より良いコミュニケーションとは何かについて、コミュニケーションを構成する要素、それと臨床において留意すべき事柄を理解し、コミュニケーション向上の取り組みを進めることが慢性腎臓病に携わるスタッフには期待される。

Keyword コミュニケーション、マイクロカウンセリング、スキルアップ

1. はじめに

コミュニケーションは、的確な日本語訳に置き換えることなく、私たちの日常生活にすっかり溶け込んだ言葉となった。そのために、共有できる明確な定義もないままに、それぞれのイメージだけで語られてしまうことが多いのではないだろうか。そもそもコミュニケーション (communication) とは、神門によれば、ラテン語の「communicatio」を語源とする言葉であり、遡って communicatio の動詞形 communico の語義を参照すると、「共有する」「結びつける」「伝える」「協議する」の4つの言葉にまとめられるという¹⁾。さらに、神門はこれらの行為はいずれも「複数の人」が存在することを前提としており、したがってコミュニケーションとは、現在もっともイメージされる「意思疎通」だけではなく、「ともに」「一緒に」というありようまでを

も含意していると述べている²⁾。見方を変えると、コミュニケーションは行為そのものだけでなく、コミュニケーションという行為の過程、またその結果をも含めた全体を含意した言葉だと考えるのが妥当だろう。文化庁が平成28年度に行った「国語に関する世論調査」によると、社会生活においてコミュニケーション能力が重要かという問いに対し、「そう思う」と回答したのは全年代で81.4%であった。そのうち70歳以上では77.7%であるのに対し、20代では87.7%、16～19歳では90.8%と年代が下がるにつれて重要と答える比率が増しており、若い世代ほどコミュニケーションへの関心が高いと言えるだろう³⁾。医療においてもインフォームド・コンセントが普及し、事前指示書や共同意思決定といった取り組みが広まっており、コミュニケーションをテーマにした医療職の教育・研修も積極的に行われるようになってきた^{4, 5, 6, 7)}。

白鷺病院医療福祉科

〒546-0002 大阪市東住吉区杭全7丁目11-23

TEL: 06-6714-6123 (直通) Fax: 06-6719-6169 E-mail: joe@shirasagi-hp.or.jp

図1：コミュニケーションを構成する要素



筆者は大学・大学院の授業と臨床実習において繰り返しコミュニケーションについて学び、就職後には日常業務に活用してきた。本稿では、筆者自身の経験を基礎として、ソーシャルワーク教育で取り上げられる内容を参考にしながら、慢性腎臓病の臨床場面を念頭に置いて、患者・家族との、またスタッフ間のコミュニケーションのありようについて解説していく。そして、コミュニケーションの語源を踏まえて、本稿では、コミュニケーションとは「複数の人の間で行われる情報のやり取りのありよう」を表す言葉として定義づけて本稿を進めていきたい。

2. コミュニケーションを構成する要素

コミュニケーションを構成する要素として、深田は①送り手、②メッセージ、③チャネル、④受け手、⑤効果という5つを示している⁸⁾。日々のコミュニケーションは、送り手=受け手の間で、メッセージが時系列でやり取りされるといふ複雑な構造を持つ。本稿では、コミュニケーションへの理解を容易にするために、「複数の人の間で行われる情報のやり取りのありよう」という定義に沿い、コミュニケーションを構成している要素として、コミュニケーションを行う「人」、やり取りされる「情報」、コミュニケーションを行う人と人との「関係」の3点に絞って述べる（図1参照）。

第1の要素である「人」は、情報を発信する側であり、情報を受け取る立場でもある。人は多様な存在であり、それゆえにコミュニケーションにおいては個人差が非

常に大きくなる。

日常の臨床でよく経験するのは、医療者や患者の言葉遣いから生じる問題である。例えば、透析室で長らく通院している患者がスタッフに対して馴れ馴れしい口の利き方をした場面を想像して見てほしい。この時、あるスタッフは「この患者さんは自分たちを友達のように親しみを持ってきている」と思うかもしれないが、別のスタッフは「馴れ馴れしい態度を取られないように、けじめが必要だ」と感じるかもしれない。筆者が勤務しているのは大阪で、「おい」「あんな」「それはアカンで」など敬語抜きで話しをする患者は珍しくないし、友人や家族に対するような言葉遣いで患者に話しかけているスタッフも少なくない。そういう場面にすっかり慣れてしまったが、違和感を持つ人もいることだろう。これは、患者もスタッフも、それぞれ暮らしてきた文化、その文化との親和性などに由来するものと考えられる。

このように、コミュニケーションのありようは個人に由来しており、特に、その人の価値観、性格、生育歴、文化などに強く影響されている。同時に、ふだんからの言葉遣い・知性もコミュニケーションには影響している点を理解しておきたい。

第2の要素「情報」は、具体的には、人の体験したこと、感情、思考などを言葉、それに表情・ジェスチャー・態度・姿勢・声の大きさやトーンといった非言語的要素で表される。コミュニケーションは言葉によるところが大きく、他者へ伝えるという観点からは、どのような言葉を用いて、どのように説明すれば伝わりやすいかと

いうポイントを考慮してコミュニケーションを図る必要がある。例えば、筆者がこの文章を書いている場面がまさにそうで、日常では手紙や電子メール、伝達用のメモ書きといった機会があてはまる。

しかし、診察室や透析室、病室のように、面と向かってコミュニケーションを図る場面では、言葉以外の非言語的要素がより大きなウェイトを占める。例えば、「身体障害者手帳を説明する場面」を想像してみしてほしい。身体障害者手帳は医療費負担を軽くできるために、ほとんどの透析患者が利用するポピュラーな社会資源である。しかし、説明した時に、「え！私は障害者になるのですか」「障害者手帳など欲しくない」という反応を見せる患者・家族もいる。そこには、「障害者」に対する否定的な価値観、「死ぬのは嫌だから透析導入するしかない、しかし、透析を始めることで生活を制約されるのは嫌だ」という透析療法に対するダブルバインドな感情といった背景があったりする。このような事情を考慮すれば、「医療費が安くなりますよ！」とまるで割引券が入手できるかのような雰囲気を出しながら身体障害者手帳について説明すれば、相手を傷つけてしまうかもしれない。あるいは、患者・家族を慮るあまりに、「え～と、あの、し、身体障害者手帳はですね」と目を泳がせながらしどろもどろで歯切れの悪い説明をすれば、かえって患者・家族に変なイメージを植え付けるかもしれない。

この例のように、表情・ジェスチャー・態度・姿勢・声の大きさやトーンといった非言語的要素がコミュニケーションに与える影響を理解しておく必要がある。第3の要素「関係」は、効果的なコミュニケーションに影響する基盤でもあり、一方で、より良いコミュニケーションの成果として構築されるものでもある。例えば、透析導入の時期が来たことを伝える場合を考えてみよう。この場面、患者の立場としてはあまり良くない知らせを聞くことになる。この時に、たまたま主治医不在のため初めて会う代診医から聞くと、信頼を寄せる主治医から聞くとでは受け取り方は異なるのではないだろうか。

もし、代診医の話を素直に受け止められないとすれば、そこに関わってくるのが「関係」である。つまり、患者としては、自分自身の病状について得られる情報には変わりはないとしても、初対面の医師と長く診察を受けてきて信頼している医師とでは、「関係」の質が異なることから患者の受け止め方に影響してくる。よく信頼関係を構築する大切さが指摘されるが、コミュニケーションに及ばず影響という観点からも心に留めておく必要がある。

また信頼関係については、コミュニケーションを丁寧を重ねることで構築される。初対面ではお互い相手

が何者なのかを見極めようとして、程度の多少はあっても相手に対する警戒心や猜疑心を持った状態であろう。それも時間を重ねてコミュニケーションを図ることで、お互いについて「相手はどのような人なのか」「自分にとってどういう存在なのか」を理解しあうことができ、相手との関係がそれぞれにとって意味あるものだと認識すれば自ずと信頼関係が構築されていく。コミュニケーションはそこまでの過程を歩んで行くために欠かせない要素である。

一方で、日常の臨床場面は、「患者／家族＝医療者」という役割を伴う関係性を出发点としている。それぞれ患者／家族、あるいは医療者という役割を逸脱することは関係を破壊しかねないが、その役割に収まっているだけでも信頼にまではつながらないだろう。なぜなら、それは「良い患者」「理想的な医療者」を演じているだけで、当たり障りのないコミュニケーションしか行われていない可能性を含んでいるからである。役割をまっとうしつつ、人間らしい交流も含められるというのが長期の治療となる慢性腎臓病における患者／家族と医療者との関係におけるひとつの理想形かもしれない。そこに至るまで、コミュニケーションを積み重ねていくよう相互に努力していくことが望まれる。医療者同士、また医療者と地域の関係職種との間の関係についても同様ではないだろうか。

3. コミュニケーションの側面

次に、臨床においてどのようなコミュニケーションを行えば良いかについて、日常の臨床での理解を容易にするため3つの側面に絞って解説する。

(1) 他者へ伝えるメッセージの伝達

日常の臨床において、医療者はさまざまな情報を患者や家族へ伝えている。その際に、医療者としては「相手にわかりやすく伝える」ことが求められる。ただ、病気や治療については専門的内容であるために、医学については素人である患者・家族に対しては普段使う言葉や例え話、イラストなどを用いるといった工夫も必要になる。あわせて、話の切り出し方や伝える情報の順番にも配慮しなければならない。

その時に、患者・家族がどのような人たちなのか、彼らとはどのような関係にあるのかも考えながら、伝え方を考えて工夫することで、より情報が伝わりやすくなるであろう。

また、相手に伝わったかどうかを確かめる手続きも求められる。伝え終わった後で「何か質問はありますか」と問いかけることは広く行われているが、その場で質問が返ってくることはまれであろう。だからと言って、相手が理解できたわけではなかったことも日常の臨床

において経験しているのではないだろうか。その場で質問がなかったとしても、伝えた相手から説明内容を話してもらい、時間を置いて説明内容に関する質問をしてみて内容が伝わったかを確認してみる、別のスタッフからどのような説明を受けたのか尋ねてみるといった方法で、どの程度の理解が得られたのかをチェックすることも有効であろう。その中でも、ティーチバックと呼ばれる相手から説明内容を伝えるような問いかけは、理解内容や理解度の確認方法として有用とされている⁹⁾。

(2) 他者が「伝えようとしていること」を読み解くーメッセージの理解

医療者としては、患者・家族からのメッセージを受け止め、何を伝えようとしているのかを読み解くことも大切な役割である。そのために強調されるのが傾聴である。まずは、ゆったりとした気持ちでもって、丁寧に話を聴くことを心がけたい。できればRogersが提唱したアクティブ・リスニングと言われる、言葉と相槌といった動作の両方で話を聴くことができるようになりたい¹⁰⁾。

具体的には以下の基本スキルを習得しておきたい。これらは、Ivey¹¹⁾がマイクロカウンセリングとして整理したものの一部であるが、患者・家族とのやり取りの中でも頻繁に使用する機会のあるスキルなので、職種を問わずコミュニケーションの改善に有用だと筆者は考えており、また、その効果についての報告もある¹²⁾。

・質問の仕方

開かれた質問・閉じた質問という質問技法とともに、両者の使い分けと効果的な使い方も習得しておきたい。

・内容の反射・言い換え

ただ、質問をして話を聴いているだけではコミュニケーションが含意する「分かち合う」ところには到達できない。語られる内容に焦点を当てて、聴いた内容をフィードバックすることで話をした側が「理解してもらった」という納得感が得られるものである。その意味で大切な技法である。

・共感

人は事実や体験を話すだけでなく、自分の感情も言葉として、あるいは表情・態度といった非言語的手段でもって伝えている。感情の理解は信頼関係構築のうえで大切な要素にもなるので、内容の反射・言い換えと同様に、感情に焦点をあてたフィードバックも大切な技法の一つである。

・関わり行動

コミュニケーションは言葉だけで行うものではない。相手の話に合わせてうなずいたり、緊張を和らげるために柔和な表情でゆったりと感じられる姿勢を保ったり、大切な内容の時に身を乗り出したり、といった行

動によりコミュニケーションを容易にもできる。どのような行動がコミュニケーションを促すには必要かを理解しておきたい。

上述してきた「聴く」と「相手が伝えようとしていることを理解していく」、この2つの作業を同時に行うには相当な習熟を必要とする。そのための練習方法については後述したい。

(3) 他者と良い関係を築くー情報共有と相互理解

長期にわたり、多くの職種が関わる慢性腎臓病の医療を効果的に行うには、他者との良い関係が不可欠である。医療者=患者/家族、スタッフ同士、それと院内・院外の多職種との連携と、それぞれの関係の良し悪しが、医療の質を決めると言っても過言ではないだろう。医師・看護師の教育においてもマイクロカウンセリングに着目した取り組みも見られるが^{13,14)}、それだけコミュニケーションが臨床の場において大切なスキルと認識されるようになったと言えるだろう。

コミュニケーションという観点からは、他者と良い関係を築くには、良質なコミュニケーションでもって人とつながることが求められる。あわせて、コミュニケーションの中で、相手の話を途中で遮らない（最後まで丁寧に聴く）、説教しない、「そのうちに良くなりますよ」といった安易な保障をしないといった点にも配慮するようにしたい¹⁵⁾。繰り返しになるが、先述の「他者へ伝える」「他者が伝えようとしていることを読み解く」の両方も意識しながら、相手とのコミュニケーションに取り組んでいけば関係が築かれていくことを肝に銘じておきたい。

ここまで臨床において医療者がどのようなコミュニケーションを行えば良いかを述べてきた。しかし、本来、コミュニケーションは関わる人たちの共同作業である。医療者がどれだけ努力をしても、コミュニケーションの相手側が台無しにするような振る舞いをすれば伝わるものも伝わらないし、信頼関係も生まれるはずはない。本稿で紹介しているコミュニケーションの本質、その意義を透析医療に関わるすべての職種と共有するとともに、患者・家族の側にもぜひ理解してもらいたいところである。

4. コミュニケーションのスキルアップの手段

教科書などの文献を読んだり講義を聞いたりといった座学で上達できれば良いが、臨床の場で実践するには練習も必要である。しかし、現実のコミュニケーションは、「聴く」「相手の話を理解する」「どういう反応が良いか考える」「話す」という行為が連続して展開させていくもので、かつ、「相手の反応に合わせていく」という点において流動的かつ即興的なものである。そこ

に上達するうえでの難しさがあると筆者は考えている。そのために、Iveyのマイクロカウンセリングという技法¹⁶⁾は、カウンセリングで用いるスキルが細分化されており、段階を踏んで練習するために有効であろう。

本稿では、もう少し簡略に、日常の臨床でも取り組めそうなスキルアップの方法を解説する。

(1) 基本スキルの練習

まずは前述したコミュニケーションのための基本スキルを身につける。

これらは言葉を用いるスキルなので、練習問題として開かれた質問を書き出す、会話を読んでそれに返す言い換えの文を考えてみるといった取り組みを試みるのが良い¹⁷⁾。コミュニケーションの場面では、タイムリーに言葉が出てくるとならないと会話が途絶えてしまう。そうならないように、まずはその場で反応ができるよう発言内容を考える習慣を身につけておく必要がある。

その次に、開かれた質問、言い換えといった特定のスキルを使ってのコミュニケーションを練習してみる。例えば、「休日の過ごし方」「好きな映画」などの身近なテーマを決めて、そのテーマについて開かれた質問でインタビューしてみる、インタビューの最後に言い換えでまとめる、特定のスキルの練習となるようなルールを作って仲間同士で互いにインタビューをしてみると良いだろう。あるいは、家族や友人との会話で意識して使ってみるのも良い練習機会になる。

基本スキルの習得には、日常のコミュニケーションとかけ離れていても、ひたすら反復練習を続けてみるのが良いだろう。

(2) ロールプレイ

基本練習と並んでよく行われる練習方法としてロールプレイがある。ロールプレイとは、集団精神療法の技法の一つとして始まったものが、日本では道徳教育に取り入れられ、与えられた役割をもとにした演技を通しての学習方法として広まっていった。自分が担当した役割を疑似体験することで体験的に学んだり、その様子を振り返ったり観察したりすることで現実場面において何をすれば良いかを考えたりできる¹⁸⁾。ロールプレイでは、例えば、2人一組となって、医療者役と患者役とに分かれてコミュニケーションを行うようにする。「療法選択」といった場面や患者のプロフィールを取り決めたとえで、行う方法も一般的である。職場内で行うと普段の人間関係からリラックスして集中できる面もあるものの、上司や同僚から見られている気恥ずかしさやプレッシャーから効果的な練習にならない場合もある。これを避けるには、ロールプレイを始める前に、「うまくできなくても大丈夫」「失敗しても構わない」という場の雰囲気作りが大切になる。

ロールプレイの様子をビデオカメラで録画して、終了後に録画を見ながら自らのコミュニケーションを点検するのも効果的な練習方法である。録画を見直す自分の身振り手振り、「え〜」「あ〜」などの口癖を認識し、それが他者にどう見られるかを自己評価することも可能である。また2人だけで練習することもできるので、気の合う仲間とリラックスした雰囲気でも練習することもできよう。

ただ、臨床のコミュニケーションでは、相手の話を聴きながら、それに合わせて適切な反応をしていくといったマルチタスクをこなさないといけない。そのために、「ここで共感」と思いついても適切な言葉を探しているうちに、また相手が話し出してタイミングを逸してしまうことも起こりがちである。つまり、練習したことを本番でもできるようにするには、繰り返し練習することが求められる。

また、ロールプレイにおいて実際に相手がコミュニケーション・スキルを使う場面を患者役として体験することで、コミュニケーション・スキルの効果を実感できたりもする。これは座学だけでは経験できないので、ぜひ試してみることをお勧めする。佐々木は、ロールプレイの効果を高めるにはロールプレイを終えた後に振り返りの機会を設けることが大切だと述べている(19)。ロールプレイを終えた後で、また、参加したメンバーそれぞれで録画を見直し、場面ごとのそれぞれの思いや考えていたことを共有したり、一人ひとりで考えを巡らせたりする機会も用意することでロールプレイはより効果的になる²⁰⁾。

(3) シナリオ作り

この方法は筆者が先輩から教わったものだ。実際の面談の前に、どのように患者へ話しかけて、コミュニケーションを行い、どのように終わるかというシナリオを書いてみる。書きながら、頭の中で相手の反応を予想しながら、「こういう反応が来たら、こんなふうに対応しよう」「もし、こんなことを言ってきたら、このように話しかけてみよう」と構想を練り、シナリオを書き直していく。時間がかかる取り組みなので、毎回毎回はできないが、大切な機会に臨む際にはとっておきの方法だと考えている。書きだす時間がなくても、頭の中だけで考えてみるのも良い。

もちろん、事前の予想通りに事が運ぶわけではないが、だからと言って、常に出たところ勝負のアドリブで対応しているだけでは、コミュニケーションはなかなか上達しないものだ。その場その場での確かな反応をしていくために、シナリオ作りはひとつのイメージトレーニング、メンタルリハーサルとしての効果が期待されるので、地道に取り組むことでコミュニケーションの上達につながっていくと考える。

ここで述べた練習はどれも大切なので、スキルが身について臨床場面で発揮できるまで繰り返して行きたい。あわせて、面談や日常のやり取りについて、スキルが上手く使えたかどうか、自分からの働きかけに相手がどのように反応したかを振り返り、自身がどのようにコミュニケーションしているかを点検する機会を持つことも継続して取り組んでみたい。思うようにいかないことも、うまくできなかったこともあるかもしれないし、そのことに落ち込むかもしれない。ただ、「その場面ではこうしたら良かった」「あの時、こう言えばどうなただろう」と振り返りながら、次の機会にはどうすれば良いか、上達するにはどこに注意すれば良いかを見つけておくことで、少しずつコミュニケーションを改善していくことが可能になるものだ。

コミュニケーション上達に王道はない。日々の取り組みこそが大切と認識しておいてほしい。

5. おわりに

本稿では、コミュニケーションについてその構成要素、臨床におけるコミュニケーションが持つ側面、そしてコミュニケーションのスキルアップのための方法について解説してきた。そのゴールは、本稿のタイトルで示すように、医療者と患者／家族、医療者同士、医療者と地域の関係職種がより良くつながり、医療の質が向上していくことにある。共同意思決定に注目が集まる昨今、より良いコミュニケーションが広く普及することで、多職種との効果的な連携が図られ、慢性腎臓病患者や家族、そして医療者のQOL向上に寄与することを期待したい。

なお、本稿は第33回日本サイコネフロロジー学会における教育講演の内容を基に、加筆修正したものである。

文献

- 1) 神門しのぶ. 語源に見るコミュニケーション概念の本質 - 隣人愛との接点 -. *Humanitas catholica*, 2022;11:17-28.
- 2) 神門しのぶ, 前掲論文.
- 3) 文化庁. 平成28年度国語に関する世論調査(平成29年2月調査). https://www.bunka.go.jp/tokei_hakusho_shuppan/tokeichosa/kokugo_yoronchosa/pdf/92701201_03.pdf
- 4) 稲森里江子. 医学教育におけるコミュニケーション・スキル学習に関する研究 - 対人援助技術の活用による実証的アプローチ -. *人間福祉学研究* 2010;3:59-74.
- 5) 青木俊太郎, 竹林由武, 色摩弥生, 他. 動機づけ面接や非言語的コミュニケーションに基づく医学生へのコミュニケーション教育の試み. *医学教育* 2021;52:295-304.
- 6) 堀美紀子, 松村千鶴, 淘江七海子. 模擬患者を導入したコミュニケーションスキルトレーニングの学習効果. *香川県立医療短期大学紀要* 2003;5:105-114.
- 7) 堀部紗世, 大西憲明, 高良恒史, 他. 京都薬科大学大学院におけるコミュニケーション教育: 臨床薬学演習への模擬患者の参画とその有用性. *医療薬学* .2004;30:529-535.
- 8) 深田博己. *インターパーソナル・コミュニケーション: 対人コミュニケーションの心理学*. 京都: 北大路書房, 1998.
- 9) 江口泰正. ヘルスリテラシーと健康行動の変容. *総合健診* 2020;47:653-659.
- 10) 武田建. *カウンセラー入門 多角的アプローチ*. 東京: 誠信書房, 1984.
- 11) Ivey, A 著. 福原真知子, 相山喜代子, 他 訳編. *マイクロカウンセリング “学ぶ-使う-教える” 技法の統合: その理論と実際*. 東京: 川島書店, 1985.
- 12) 岩崎絵里香, 清水裕子, 榊原智子, 他. 臨床看護師のための傾聴プログラム試案の検討. *香川大学看護学雑誌* 2021;25:9-22.
- 13) 斎藤清二, 渡辺明治. *マイクロカウンセリング トレーニングを応用した医学生への病歴聴取教育法*. *医学教育* 1991;22:104-109.
- 14) 木立るり子, 五十嵐世津子, 一戸とも子, 他. *マイクロカウンセリング技法からみた看護職者のコミュニケーション - 卒業時点の看護学生との比較から -*. *日本看護学教育学会誌* 2020;9:9-19.
- 15) Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. *Direct social work practice : theory and skills* 3rd ed. Belmont, Calif. : Wadsworth, 1990.
- 16) Ivey, A 前掲書
- 17) Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. 前掲書
- 18) 佐々木智之. コミュニケーション能力育成におけるロールプレイングの効果. *工学教育* 2020;68:27-32.
- 19) 佐々木智之. コミュニケーション能力育成におけるロールプレイングの効果. *北海道科学大学研究紀要* 2019;47:1-5.
- 20) 有田悦子, 飯岡緒美, 氏原淳, 他. 医療人としてのコミュニケーション能力養成プログラムに関する検討 - 治験における「同意説明ロールプレイング実習」導入の試み -. *医療薬学* 2008;34:727-735.

Acceptance and Commitment Therapyを用いた医療者のメンタルヘルスケア ～セルフで身につける心理的柔軟性～

藤本 志乃

Acceptance and Commitment Therapy for healthcare workers: Introduction of self-practice to develop psychological flexibility -

Shino Fujimoto

要旨：医療者は40～60%がバーンアウトの状態に苦悩を抱えていることが明らかになっており、メンタルヘルスに対する介入が求められている。医療者に対する心理的介入はさまざまあるが、Acceptance and Commitment Therapy(以下ACT)は、職場ストレスに対しても積極的に使用され、バーンアウトを防ぐ効果があるとされている。患者の揺れ動く思考や感情と接することで、医療者もさまざまな思考や感情が浮かび、それらが苦痛となることもあるが、それらを避ける、忘れるという作業には労力が伴う上に一時的にしか機能しない。したがって、思考や感情を回避する(体験の回避)のではなく、大切にしていきたいこと(価値)を明確にし、それに向けて行動を進めるという手法を持つACTによる介入によって心理的柔軟性を身につけることで、持続可能な働き方が可能になると考えられる。この心理的柔軟性をセルフで身につけるための方法についても本項では紹介する。

Keyword 認知行動療法、Acceptance and Commitment Therapy、心理的柔軟性、価値

医療者のメンタルヘルス ～ストレスとバーンアウト～

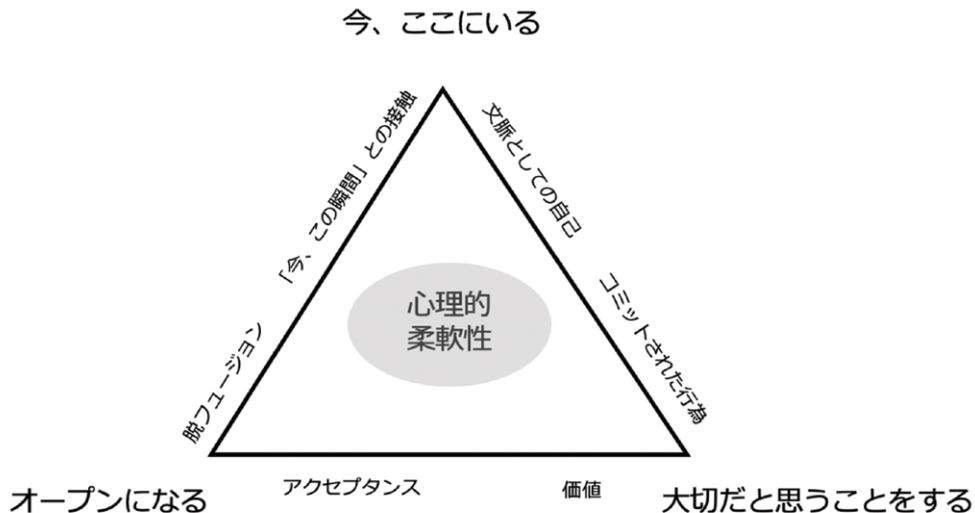
医師・看護師などを含む医療者はバーンアウトしやすく¹⁾、それに伴い、気分や注意力の低下、身体症状を呈するなどの問題が生じると言われている²⁾。実際、医療従事者の40～60%がバーンアウトの状態に苦悩を抱えていることが明らかになっている³⁾。コロナ禍のバーンアウトに関する調査では、コロナ禍前と比較して仕事に対するストレスがさらに増加し、身体的な不調や心理的な不調が大きくなったことが示されている⁴⁾。このように医療者は元々ストレスやバーンアウトの問題がありながら、危機的状況にさらされることも多く、常にストレスやバーンアウトの問題と隣り合わせであることがわかる。ストレスが多い状態やバーンアウトした状態で医療者が労働を続けることは、サー

ビスの利用者である患者のケアにも影響を与える可能性があることは言うまでもなく、医療者のメンタルヘルスに対する何らかの介入が必須であると考えられる。また、上述のバーンアウトに苦悩を抱える割合を見れば、現時点で問題が起きていない医療者においても、メンタルヘルスに対する予防的な介入によって知識を身につけたり実践したりすることが重要となる可能性があるといえる。

医療者のメンタルヘルスに対する 心理学的介入

医療者のメンタルヘルスに対する介入は、さまざまなものがあるが、主に認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy; 以下CBT)が挙げられている⁵⁾。CBTは、人間の認知と行動を扱う心理療法であり、行動に介入

ウェルビーイングのためのカウンセリングルーム Le:self
E-mail: info@leself.jp



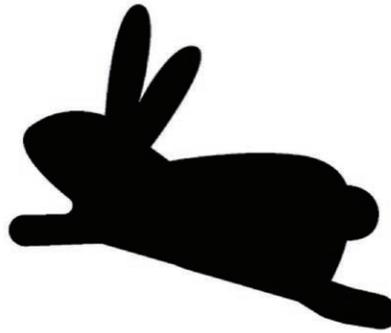
する行動療法（第一世代）と認知に介入する認知療法（第二世代）を組み合わせたもの、もしくは単独で用いたものの総称である。そして、1990年代に第三世代として Acceptance and Commitment Therapy（以下 ACT）が CBT の中に加わった。第一・二世世代の CBT は不快な思考、感情を減らし、問題行動も減らすことを目的としていることが特徴である。第三世代の ACT は第一・二世世代の CBT のように、不快な思考や感情を減らすことに重きを置かず、不快な思考や感情を無理に減らそうとせず、うまく付き合いながら自身にとって機能的な行動をとることを目的としている。ACT は「避けられない苦痛は受け容れながら有意義な人生を切り拓く手法」とも言われる。避けられない苦痛とは、生きている限り必ず経験をする不快な思考や感情を指す。医療者は、多くの患者の揺れ動く思考や感情と接することで、さまざまな考えや感情が浮かび、それが苦痛となることはよくある。医療者は普段、これらの苦痛にどのように対処しているのだろうか。医療者は、患者の辛い思いに共感するときなど、患者のケアにおいて苦痛な体験にさらされると、その苦痛から逃れるために、一時的にうまく回避する方法を身につけてしまうと言われている⁶⁾。そうすると、苦痛が伴う場面ではうまく回避することが習慣化される。しかし、回避するという作業には労力が伴う。その上、その労力で苦痛が小さくなったとしてもそれは一時的だとも言われているのである⁷⁾。つまり、苦痛によるストレスは、回避しても一時的な効果しか発揮せず、結局は解消されることがないため、バーンアウトの状態へと陥ってしまうのである。したがって、その苦痛（例えば患者に共感した際に自身にあらわれる不快な思考や感情）を回避する行動をとる（体験の回避）のではなく、自

分の大切にしていきたいこと（価値）を明確にし、それに向けて行動を進める手法だと言われるこの ACT が医療者のバーンアウトを含めたメンタルヘルスに対する介入として機能する可能性が高い。実際、ACT は不安やストレス、QOL の拡大や予防などにも効果があると言われ、職場のストレスに対しても積極的に使用されてきている^{8,9)}。また、医療者においてもバーンアウトを防ぐ効果があることを示している¹⁰⁾。そして、ACT は、慢性疼痛、糖尿病、肥満などの慢性疾患の分野においても効果が示されているため¹¹⁾、慢性疾患の患者への適用も可能である。すなわち患者に適用できる手法を学び、実践することで自身のメンタルヘルスのケアにもつながるといえる。この ACT を用いた医療者自身のメンタルヘルスへの介入について、1 人でも実践できるエクササイズやワークと共に本稿では紹介する。

医療者の心を守る心の在り方 ～心理的柔軟性～

自分のコントロールできないものを受け入れる（Acceptance）、そして人生を豊かにする行動をとることを自己決定する（Commitment）、これが ACT である。医療者は、患者の手術、合併症、治療法の変更といったように、様々な出来事に応じてあらわれる患者の感情にふれ、共にそれを感じることで患者と同様の苦しい感覚に苛まれることもある。しかしながら、自身は支援する側であることから、不安や怒りを感じるべきではない、と思考や感情を抑えようとするところがあるのではないだろうか。しかし、コントロールすることにとらわれてしまうと、目の前の患者の様子を観察する

図 2：空飛ぶうさぎを思い浮かべないようにする実験



今から1分間、
空飛ぶうさぎについて絶対に思い浮かべないでください。

ことが難しくなったり、エネルギーがとられ疲れ切ってしまったたりする、すなわちバーンアウトにつながることもある。したがって、これらの不快な思考や感情を避けたり、闘ったりするのではなく、うまく付き合い、自分のやるべきことや大切なことに行動を進めるというスキルを ACT という手法で高めることが必要となる。ACT は心理療法でもあるが、心を守りながら働き続けるスキルを身につける一種のトレーニングのようなものにとらえても良いかもしれない。これらのスキル、心の在り方のことを ACT では「心理的柔軟性」と呼ぶ。この心理的柔軟性を高めるための介入は図に示した通り、「オープンになる」、「今、ここにいる」、「大切に思うことをする」の大きく分けて3つのポイントに分けられる¹⁴⁾。ここからは、これらの3つのポイントについて1つ1つ見ていきながら、心理的柔軟性をどのように身につけていくかをご紹介します。

医療者の心を守る心の在り方 ～心理的柔軟性～

突然だが、図2をご覧いただき、以下の実験にお付き合いいただきたい。今から1分間、目を閉じても良いので、今見た図2のような空飛ぶうさぎについて絶対に思い浮かべないようにするという実験である。実践した後に、下を読み進めていただきたい。

さて、いかがだったでしょうか。空飛ぶうさぎを一度も思い浮かべずに済んだという人はほとんどいないであろう。思い浮かべずに済んだとしても、思い浮かべないようにするためにかなり労力を使ったのではないだろうか。しかし、考えてみてほしい。この実験をやる前の1ヶ月間、自身の頭に空飛ぶうさぎが頭に浮かんだことはあったでしょうか。おそらくないはずである。

つまり、人間は、思い浮かべないように、と自身の頭の中に浮かぶものをコントロールしようとした瞬間に、反対に思い浮かんでしまう、すなわちコントロールができない状態になってしまうことがわかっているのである。自分自身の思考や感情なので、自分がうまくコントロールできるはずであり、特に医療者である限り、その思考や感情をコントロールしなければならないとと思っている人は多い。しかし、コントロールができないものをコントロールしようとしてしまっているのである。思考や感情をコントロールしようとせず、思考や感情に対してオープンになり、そっと優しく自分の中に置いておくという介入が図1の左下に位置する「オープンになる」という部分にあたる。「オープンになる」ための介入には、思考とうまく付き合う「脱フュージョン」と、感情とうまく付き合う「アクセプタンス」がある。

〈思考とうまく付き合うための方法(脱フュージョン)〉

頭で考えるということは悪いことばかりではない。私たちは「赤信号のときは横断歩道を渡ってはいけません」という言葉に従うことで、事故に遭わなくてすんでいるかもしれない。「雨が降るから傘を持っていかないと」という言葉に従い、傘を持参することで雨に濡れなくてすんでいる。我々人間はこのような言葉のルールというものだけで、行動を変化させることができる。しかし、この言葉のルールというのは、自分を助けてくれることもあるが、悪さをしていることもある。例えば、「医療者たるもの不安になどなるべきではない」、「私は愚かな人間だから何をやってもだめだ」といったような言葉で簡単に自分を縛り、行動を制限してしまうのである。このように行動よりも思考が優先され、思考に振り回されてしまうような状態を、思考が自分に張りついて離れないという意味で「認知的フュージョ

ン」と呼ぶ。私たちは、自分たちの思考、つまりサン
グラスのような色つきのメガネをかけた状態で世界を
見ていることを忘れてはいけない。その色つきのメガ
ネを外し、かけていたメガネそのものを自分の目で
見ることができるようになるのが、ACTにおける思考
とうまく付き合う方法であり、脱フュージョンと呼ばれる。

図3：思考とうまく付き合うための脱フュージョンのエクササイズ

レモン



図3の左側だけを見ていただきたい。どんなイメージが現れたでしょうか。おそらく、黄色く水々しいレモンのイメージが頭に浮かんだり、酸っぱい感覚が体に現れ、唾液が出てきたりした人もいるかもしれない。左を隠して右側を見るとどうだろうか。何かが散らばっているようにしか見えず、先ほどの酸っぱい感覚などが薄れたという人が多いのではないだろうか。思考や言語は私たちにとって重要なものであるが、一方で、このようにただの文字の羅列でしかなく、そこにあったとしても、形態が変わるだけでたちまち意味をなさなくなる。そのため、思考とうまく付き合うためには、その他、いつも現れる不快な思考に「慎重ちゃん」とか「ファンさん（不安さん）」などという名前をつけてみたり、鼻をつまんでアニメのような声で面白おかしく読んでみるといったようなエクササイズをやってみたりしても良いだろう。滑稽に思えるかもしれないが、このようなエクササイズが脱フュージョンではよく使用される。

このように、自分の中にある思考を外側に取り出し、それはただの音声や文字でないことに気がつく脱フュージョンのエクササイズの実践を繰り返していくことで、思考に振り回されながら、思考を通して物事を見るのではなく、意識して思考を眺めることができるようになる。つまり、思考と闘って追い出すのではなく、思考とうまく付き合うことができるようになると言われている。実際の医療場面でも、目の前の相手と関わる時、さまざまな思考があらわれ、私たちが苦しめることはあるだろう。しかしながら、頭の考えに引っ張られて苦しいと感じたときこそ、自分たちの

思考、つまり色つきのメガネをかけた状態で相手を見ていることを思い出すことができると良い。

〈感情とうまく付き合うための方法（アクセプタンス）〉

私たちは思考だけでなく、怒り・落ち込み・不安・面倒などのさまざまな感情も経験する。これらの感情は自分の中にあることで苦しい感覚を伴うため、多くの人がそれらを小さくしたり追い出したりすることを試みる。ACTにおいてはこれらを「体験の回避」と呼ぶ。しかしながら、私たちは、これらの感情が自分の中に存在していることではなく、このように小さくしようとしたり追い出したりしようとすることに疲れている。考えてみれば、不安があることで何かに向かって努力することができたり、怒りが湧くことで自分が求めていることが認識できたりするなど、一見ネガティブに思える感情もときには自分を守るものであり、自分自身をあらわすものでもある。したがって、これらを追いつきに労力を使うことは一旦手放し、そっと自分の中に置いておきながら、自分の大切に思うことに行動を進めることこそが重要となる。しかし、不快な感情をそっと置いておくということも一種のスキルであり、それができるようになるための練習が必要である。感情というもの、体に現れることが多い。緊張すれば心拍が上がり、手に汗をかく。怒りが現れたときには、頭がずっしりと重くなることもあるだろう。このような体の感覚をしっかりとキャッチし、そこに息を吹きかけたり、広げたりしていく練習をするのである。

図4：感情とうまく付き合うためのアクセプタンスのワーク

・観察する

感情を感じたときの体の感覚を観察していく

・息を吹き込む

感情を感じている体の部分に息を吹き込む

・広げる

感情を感じている体の部分を広げていく

・そのままにしておく

感情を感じている体の部分をただ見つめてる

・モノ化する

感情を感じたときの体の感覚をモノに例えてみる

・普通のことだととらえる

感情を感じることは自然なことだととらえていく

・自分を慈しむ

感情を感じている自分や体を大切に思う

・意識を広げる

感情を感じている体の部分から意識を広げていく

図4は感情とうまく付き合うためのアクセプタンスのワークの実践方法を記載している。まず、自身に不快な感情が現れた場面を思い出す。あまりに強度の強いものではなく、思い出しても十分耐えられる程度の場面である。そして、そのときに感じた感情を、まずは、体のどこで感じるか、そしてどのように感じているかを観察するところから始める。その後は、図4に記載の通り、その感情の現れている体の部分を観察しながら、息を吹き込んだり、広げたり、そのままにしてみたり、モノに例えてみたり、とさまざまなことを試してみる。このように、アクセプタンスの実践を繰り返していくことで、少しずつ自分の中にある感情を体で感じながら、自分の中に置いておくことができるようになる。

今、ここにいる

～マインドフルに今この瞬間をとらえる～

「今、ここにいる」というのは、「今この現実を感じ、瞬間瞬間の自分に気づく」ということである。人は、現在でなく、過去や未来にさえ思考を巡らせることができる。「過去は失敗したからうまくいかないかもしれない」とか「この行動をしてうまくいくのだろうか」というように過去や未来にとらわれてしまうと、今この瞬間、価値に向かって行動をしてどうだったのかという現実をキャッチすることが難しくなってしまう。例えば、目の前の患者は、笑顔でいるにもかかわらず、「この前、患者さんへの指導がうまくいかなかった」という過去の出来事を頭に思い浮かべながら接してしまうといった状態である。そうすると、今この瞬間に起こっている「今患者さんは笑顔でいてくださっている」

という現実をしっかりと見るができなくなってしまうのである。

今、ここに意識を向けることができている状態を「マインドフルな状態」と呼ぶ。この状態を身につけるには、マインドフルネス瞑想を行うのも良い。しかし、忙しい中でその時間がないと感じる方もいらっしゃるであろう。したがって、「今、患者さんが話している様子、聞こえている声にしっかり意識を向ける」、「自分が話をしてしていること、話をしているときの感覚に意識を向ける」というように勤務時間の中でできる形で今この瞬間に意識を向ける練習をすることを勧める。また、「洗濯物を干すときに、香りと感触を確かめる」、「歯磨きをするときの口の中の様子に意識を向ける」などといったように、日常で必ず行うことの中で、今行っていることにマインドフルに意識を向ける練習をしても良い。自身が日常で取り組みやすいマインドフルネスの練習方法を見つけ、今、ここにいる練習を行うと継続もしやすい。

大切だと思うことをする

～価値にコミットする～

人間はそれぞれ、嬉しいとか幸せだと感じるような大切な時間がある。仕事で成長をした時、チームで何かを達成した時、映画を見ているとき、家族と過ごしているときなど、かけがえのない瞬間というものがある。この幸せな瞬間、すなわち生き方、人生の指針になるコンパスのような、自分の進みたい方向を示すものをACTでは「価値」と呼ぶ。これは、「テストでいい点を取る」、「医師・看護師になる」といったような達成したら終わってしまう目標とは異なる。もちろん、「こ

のような価値観で生きていけば、人に素晴らしいと思われるから」といったような心の奥底から出てきたものではないようなものも「価値」ではない。幼い頃に無自覚に好きだと思ったり、心の奥底から感動したりしたことなどに、この「価値」は含まれる。例えば、「人と関わっていきいたい」とか、「何か新しいことを学び続けたい」といったような、人生を終えるまで達成したかどうか評価しがたいようなものことである。思考や感情と闘い続け、「体験の回避」を続けていると、自分の本来やりたいとか、大切だと思っていることを見失ってしまう。そして、それらが明確になっていないために、それに沿った行動を進めることは当然難しくなってしまう。ACTではこの「価値に基づく行動」を行うことで、「体験の回避」は減少し、行動が拡大するという理論を持っている。したがって、「価値」を明確にすることはACTの中でも重要な要素となる。「価値」を明確にする方法は様々あるが、まずは、自分はどんなことをするのが好きだったのか、どんなことにやりがいを感じていたか、どんなことに感動したかなど、過去のエピソードを思い出すと良いだろう。「バレーボール部でセッターをしていて、あのときはすごく充実していた」といったようなエピソードが思い出された場合には、チームのメンバーと協力して戦うということが好きだったのか、セッターで皆を動かしているということが好きだったのかなど、何に心が揺れ動き、充実していたと感じていたのかまで詳細に考えられると良い。また、自分自身は苦痛と思っていることが価値となることもよくある。「人の評価が気になってしまう」と考える人は、「人のことを大切に思っている」という価値が潜んでいる場合がある。また、医療者であれば、カンファで伝える自分の意見は自分のどうい

思いから来ているのかを深掘りしてみるとというような方法も良いかもしれない。図5のようなワークをやってみるのも良いだろう。

そして、価値を明確にしたら、具体的にどのように行動をするかの計画を立てることも重要である。「周りの人に思いやりを持って過ごしたい」という価値が明確になったのであれば、「明日、元気がなかった同僚に声をかけてみる」、「今日来られる患者さんのカルテを見直す」など、価値に沿って行動を起こすとしたら、今何ができるのかまで考える。そうすることで、価値に沿った行動、すなわち自分にとって機能する行動を取りやすくなる。

心理的柔軟性を継続して身につけるために

ACTは心理療法でもあるがAcceptance and Commitment Trainingと呼ばれることもあり、これらの心理的柔軟性を身につけるためには、ここまで紹介した、「オープンになる」、「今、ここにいる」、「大切に思うことをする」の3つを一定期間、練習し続けることが重要である。しかし、日々、業務が多くある中でこれらを続けることは簡単なことではない。続けるコツは、続けられる方法で続けるということに尽きる。スキルを獲得するための方法は1つではない。図6のように働いているその時間の中でも意識しながら身につけることが可能である。

図5：80歳の誕生日のパーティーのワーク

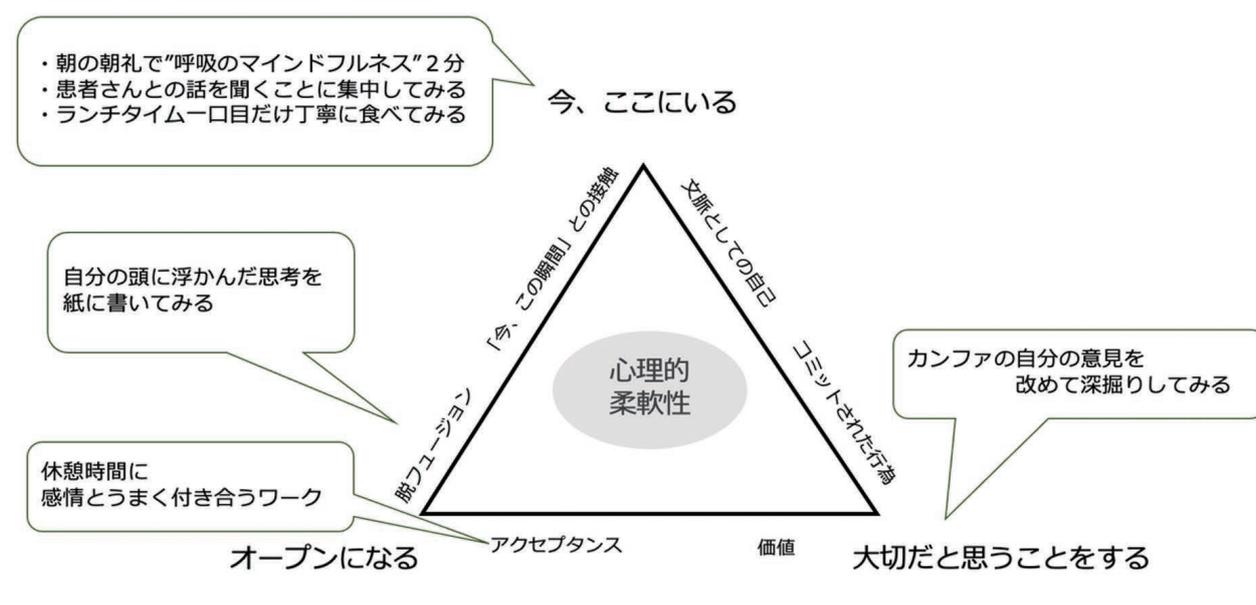
あなたの80歳の誕生日パーティーを想像してください。
その席で、3人が立ち上がって、あなたについてのスピーチをする場面を思い描いてください。
理屈に合わなくても非科学的でもかまいません。

そして、今、あなたのことを、友人、子ども、パートナー、職場での同僚、誰でもかまいません。
その人があなたについての3、4文の短いスピーチをします。
あなたが、生きていく上で何を大切にしてきたかを話します。

あなたはどんな存在なのか・・・
あなたはどんな役割を果たしてきたか・・・
あなたの心の奥深くにある自分について
言ってもらいたいと思うことをどんなことでもいいですから、
想像して、紙に書いていきましょう



図 6：医療者が ACT の実践を日常で継続するためのヒント



おわりに

医療者は人を支えることが仕事であるため、日々、自分ではなく相手に目を向け、寄り添うことこそが必要とされる。しかしながら、多くの人のさまざまな思考や感情を全て受け止めることは難しく、気づけばエネルギー切れになってしまうことも少なくない。しかし、医療を利用する人々は、医療者の支えを求めている。それらに応え、サステナブルに働き続けるには、エネルギーを使いすぎず、思考や感情の扱い方をこれまでよりもシンプルな構造にしていくべきである。その方法としてフィットする心の在り方が今回ご紹介した心理的柔軟性である。しかし、ACTを知り、苦痛とうまく付き合うことを身につけると、どのような場面においてもこの方法を使うことが良いと思われがちである。医療者として働いていれば、あまりにも辛い患者の感情にふれたり、それが何度も思い出されたりして、苦しみが強くなりすぎることもあるだろう。そのようなときには、これまでやっていたように、その苦痛から一時的に離れることも大切であり、忘れてはならない。苦痛を回避することで、価値に向かって行動できない日もあるだろう。しかしながら、価値に向かって行動できない自分を責めないやさしさを持つことも真の心理的柔軟性ともいえるかもしれない。

文献

- 1) Maslach, C. and Goldberg, J. Prevention of Burnout: New Perspectives. *Applied & Preventive Psychology*. 1998; 7: 63-74.
- 2) Lizano, E. L., & Barak, M. M. Job Burnout and Affective Wellbeing: A Longitudinal Study of Burnout and Job Satisfaction among Public Child Welfare Workers. *Children and Youth Services Review*. 2015; 55: 18-28.
- 3) Delaney, M.C. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLOS ONE*. 2018; 21: doi: 10.1371/journal.pone.0207261.
- 4) 山蔦圭輔. 日本医療・病院管理学会誌. 2022; 59(2): 56-67.
- 5) Marine, A., Ruotsalainen, J. H., Serra, C., & Verbeek, J. H. Preventing occupational stress in health-care workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 2009(1): 1-42.
- 6) Figley, C.R. *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. New York: Routledge, 1995.
- 7) Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 5-13

- 8) Flaxman & Bond. A randomized worksite comparison of ACT and stress inoculation training. *Behaviour Research & Therapy*. 2010; 48: 816-820.
- 9) Moran, D. J. Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Current Opinion in Psychology*, 2015; 2: 26-31.
- 10) Kim D, Christian L, Ricard W. Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: a systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *Journal of Mental Health*. 2023; 32(2): 452-464.
- 11) 武藤崇. アクセプタンス & コミットメントセラピー (ACT) の無作為化比較試験の研究道向 (1986-2017年) *Doshisha Clinical Psychology : Therapy and Research* 2017; 7(1): 29-34.
- 12) 武藤崇. よくわかる ACT 明日から使える ACT 入門. 星和書店 2012; 19

日本サイコネフロロジー学会 臨床研究推進委員会 アンケート調査結果 ～喫緊の課題と今後のテーマを探る～

政金 生人^{1) 2)} 大内 雄太^{1) 3)} 大橋 綾子^{1) 4)} 中村 菜々子^{1) 5)} 星野 純一^{1) 6)} 伊藤 孝史^{1) 7)}
志賀浪 貴文^{1) 8)} 高野 公輔^{1) 9)} 西村 勝治^{10) 11)}

一般社団法人日本サイコネフロロジー学会 臨床研究推進委員会¹⁾、医療法人社団清永会矢吹病院 腎臓内科²⁾
医療法人美之会青空クリニック 精神科³⁾、九州大学病院 精神科神経科⁴⁾、中央大学 文学部心理学専攻⁵⁾
東京女子医科大学 腎臓内科⁶⁾、帝京大学ちば総合医療センター 第三内科（腎臓内科）⁷⁾
埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック⁸⁾、明治学院大学 心理学部心理学科⁹⁾、東京女子医科大学 神経精神科¹⁰⁾
一般社団法人日本サイコネフロロジー学会 理事長¹¹⁾

要旨：日本サイコネフロロジー学会臨床研究推進委員会は、2022年に我が国のサイコネフロロジー臨床現場の喫緊の課題と、今後の臨床研究推進の方向性を考察するために学会員を対象としてアンケート調査を行った。調査結果を、1) 回答者の背景と院内精神科コンサルテーション・リエゾン体制、2) 高齢者・終末期に関わる問題、3) 精神・心理的症状への対応、4) 臨床指標のドメインで考察した。会員の多くの施設においてはメンタルヘルスの専門家とのリエゾン体制が構築されておらず、経験年数の多い看護師、医師が精神心理的な問題の初期対応にあっていた。透析患者の高齢化を背景に、認知症への対応、終末期や透析中止に関連する問題への対応に苦慮している状況が明らかになった。メンタルヘルスの専門家へのアクセスが限られている状況を反映して、さまざまな精神・心理症状を評価する臨床指標は3/4の施設で使用されていなかった。その結果、日常の精神・心理症状へのアセスメント不足、症状の背後にある疾患への認知不足が問題を複雑化、難局化している可能性が示唆された。本学会はこれらで明らかになった課題について、ひとつひとつ解決していく必要がある。

Keyword アンケート調査、精神科コンサルテーション・リエゾン体制、高齢者・終末期、精神・心理症状、臨床指標

1. はじめに

日本サイコネフロロジー学会は、我が国におけるサイコネフロロジーの普及啓発と、一つの学問分野として確立することを活動目標としている。その活動の一環として、2020年の学会刷新の際に臨床研究推進委員会が組織された。Evidence-based medicine (EBM) 重視の医学の潮流の中で、これまで narrative を中心に据えて活動してきた本学会が、学術団体としてどのような発信ができるのが委員会に付託されている。EBMを念頭においた臨床研究の立ち上げ、日常臨床の現場において、臨床研究への着手をサポートできるようなリソースを整備することが主なテーマである。

以上より委員会は、腎臓病の現場におけるサイコネ

フロロジー領域の喫緊の課題を知り、学会として進めるべき臨床研究の Research Question (RQ) への示唆を得て、今後の学会としてのアクションプランを策定するために、学会員を対象としてアンケート調査を行った。本稿ではその結果を分析して実態を把握し、今後の委員会の活動の方向性を考察する。

2. 方法

1) 手続き

2022年10月1日現在の日本サイコネフロロジー学会の正会員414人に、調査への参加をメールで依頼した。2022年10月16日から2022年12月1日まで、Google フォームを用いたウェブ上の匿名調査を実施した。

政金生人 医療法人社団清永会矢吹病院 腎臓内科

〒990-0885 山形市嶋北4-5-5 電話

Tel: 023-682-8566 Fax: 023-682-8567 E-mail: imasakan.aipod@seieig.or.jp

2) 調査項目

調査項目の設定は事前に臨床研究推進ワーキンググループの7人に対して、それぞれの所属施設において、①日常のサイコネフロロジーの現場で困っていること、②問題解決の方法、③院内の精神・心理リエゾン体制の整備、④学会への期待、の4項目について、多職種（看護師7、透析医5、臨床心理士3、精神科医師2、その他の職種4）にインタビューを依頼し、そこで抽出された問題点を偏りなく臨床の現場から抽出できるように調査票を作成した。作成された具体的な質問項目は付録に提示する（付録）。

①回答者の背景：年齢、性別、職種、その職種での経験年数、透析・サイコネフロロジー領域の経験年数についてたずねた。

②日常のChronic kidney disease (CKD) 診療・サイコネフロロジーの診療で困る代表的な場面を6つ挙げ（該当するものがない場合は「その他」の記載を求めた）、緊急度の高いと思うもの上位3つ選んでもらった。

③腎代替療法の選択あるいは透析開始時に遭遇する代表的な場面を6つ挙げ（該当するものがない場合は「その他」の記載を求めた）、緊急度の高いと思うもの上位3つ選んでもらった。

④透析患者の終末期において困る代表的な場面を6つ挙げ（該当するものがない場合は「その他」の記載を求めた）、緊急度の高いと思うもの上位3つ選んでもらった。

⑤対応に困っている患者の精神・心理的な症状を9つ挙げ（該当するものがない場合は「その他」の記載を求めた）、緊急度の高いと思うもの上位3つ選んでもらった。

⑥所属施設の精神・心理リエゾンチーム（精神医療専門の医師、看護師、コメディカルから成る精神科・心理領域の共同診療体制）について、5種類挙げ（該当するものがない場合は「その他」の記載を求めた）、該当するものを選んでもらった。

⑦所属施設において患者のメンタルヘルスの問題が生じた場合に、初期対応するスタッフを7種挙げ、該当する者を1人選んでもらった。

⑧回答者または回答者が所属する施設での日常臨床または臨床研究における精神・心理症状・Quality of life (QOL) の評価尺度の使用経験をたずねた。

⑨問8で日常臨床または臨床研究において使用経験があると回答した者に、各指標の使用経験をそれぞれたずねた。アンケート調査で提示した各尺度名は以下の通りである：①不安・抑うつ関連尺度：BDI (Beck Depression Inventory)¹⁾、CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)²⁾、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)^{3,4)}、QIDS (Quick

Inventory of Depressive Symptomatology)⁵⁾、STAI (State-Trait Anxiety Inventory)⁶⁾、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)⁷⁾。②認知症関連尺度：改訂HDS-R (Hasegawa Dementia Scale Revised)⁸⁾、Mini-Cog^{9,10)}、MMSE (Mini-Mental State Examination)^{11,12)}、MoCA-J (Japanese Version of the Montreal Cognitive Assessment)^{13,14)}、DASC-21 (Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 21-items)¹⁵⁾。③睡眠障害・レスレッグレッグ関連尺度：AIS (Athens Insomnia Scale)¹⁶⁾、PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)¹⁷⁾、ESS (Epworth Sleepiness Scale)¹⁸⁾、IRLS (International Restless Legs Scale)^{19,20)}。④QOL関連尺度：KDQOL (Kidney Disease Quality of Life)^{21,22)}、SF-36 (MOS Short-Form 36-Item Health Survey)²³⁾。これらの臨床指標の使用経験、使用目的について、該当するものを全て選んでもらい、挙げた評価指標以外で使用している者がある場合「その他」として挙げてもらった。

⑩日本サイコネフロロジー学会に期待する事として7つ挙げ（該当するものがない場合は「その他」の記載を求めた）、優先度の高いと思うもの上位3つ選んでもらった。

3) 倫理的配慮

本調査は学会員を対象にした日常臨床に対する匿名調査であり、調査内容には患者の個人情報に関するものは含まれていない。また、本調査は次の調査・研究の課題や方向性を明確にするための準備段階のものである。以上の理由から日本サイコネフロロジー学会の理事会において、本調査は倫理委員会の審査は不要であると判断された。

4) 分析方法

それぞれの質問に対する回答の度数分布を算出し（**図1～図9**）、その傾向について考察を行った。回答のうち「その他」については自由記述を求めたため、得られた自由記述回答については図の下に、回答の意図を損なわないように簡略化して記載した（選択回答項目と重複するもの、内容が判別しがたいものは記載しなかった）。なお、自由記述の回答数が少なかったため、記述内容の分類などは行わなかった。なお、問4（終末期の困難）については、 χ^2 検定を用いて回答を看護師とそれ以外の職種で比較した（**図10**）。

3. 結果

1) 回答者の背景（**図1**）

アンケートには、414人中195人（47.0%）からの協力が得られた。回答が得られた195人の年齢は40歳～60歳代が中心で（**図1a**）、女性が121人（62.1%）（**図**

図 1：回答者の背景

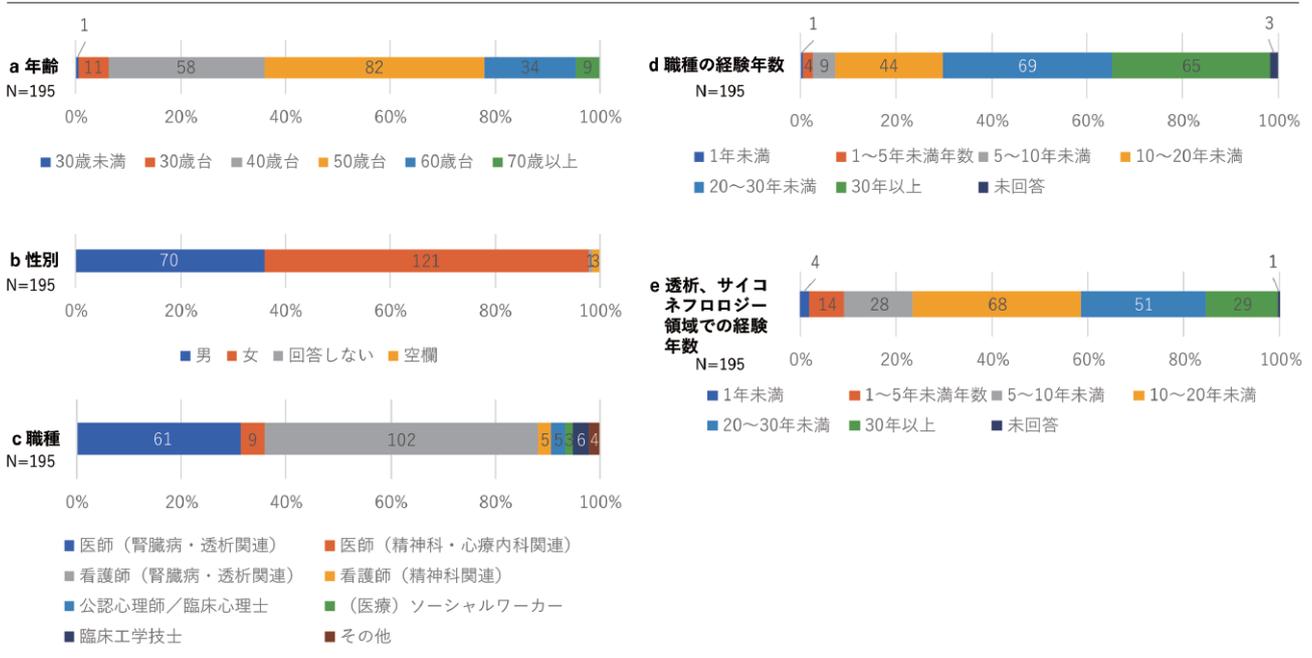
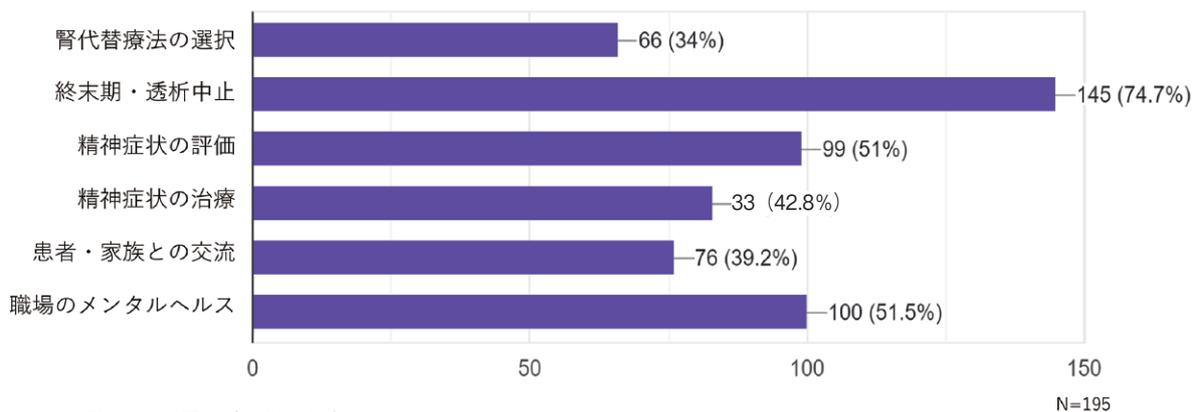


図 2：日常の診療で困ること



自由記載内容の要約（選択肢以外）

- 透析専門医が不在で、精神科領域に限らず治療方針が定まらずコメディカルだけが大変な思いをする。医師間の連携は取れていない。精神科医師がいないため速やかな対応が難しい。
- 人手不足で個々の患者の病態に合わせた適切な対応がとれない。患者個別に良好なコミュニケーションがとれない。
- 患者の暴言などの問題行動、患者からの要求過多。
- 治療経過・治療薬が精神心理状態にどのような影響を及ぼすかわからない。

1b)、職種は、腎・透析関連看護師 102 人（52.3%）、腎・透析関連医師 61 人（31.3%）であった（図 1c）。それぞれの職種の経験年数は 10 年以上 44 人（22.9%）、20 年以上 69 人（35.9%）、30 年以上 65 人（33.9%）であり（図 1d）、透析、サイコネフロジー領域での経験年数は 5 年以上 28 人（14.4%）、10 年以上 68 人（35.1%）、20 年以上 51 人（26.3%）、30 年以上 29 人（14.9%）であった（図 1e）。

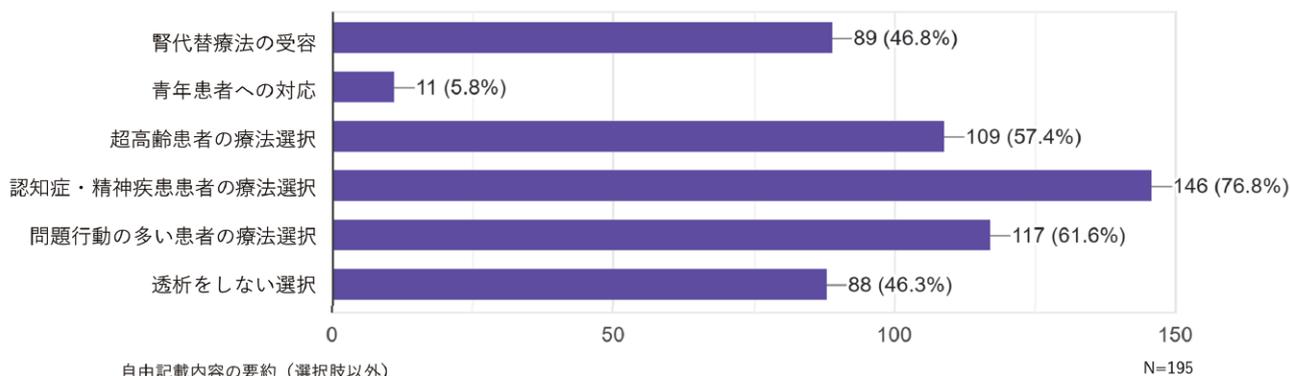
2) 日常診療で困ること (図 2)

日常診療で困ることとしては、「終末期・透析中止 145 人（74.7%）」、「職場のメンタルヘルス 100 人（51.5%）」「精神症状の評価 99 人（51.0%）」が上位に挙げられた（図 2）。

3) 腎代替療法選択時に困ること (図 3)

腎代替療法選択時に最も困ることとしては、認知症・精神疾患患者の療法選択 146 人（76.8%）、ついで「問

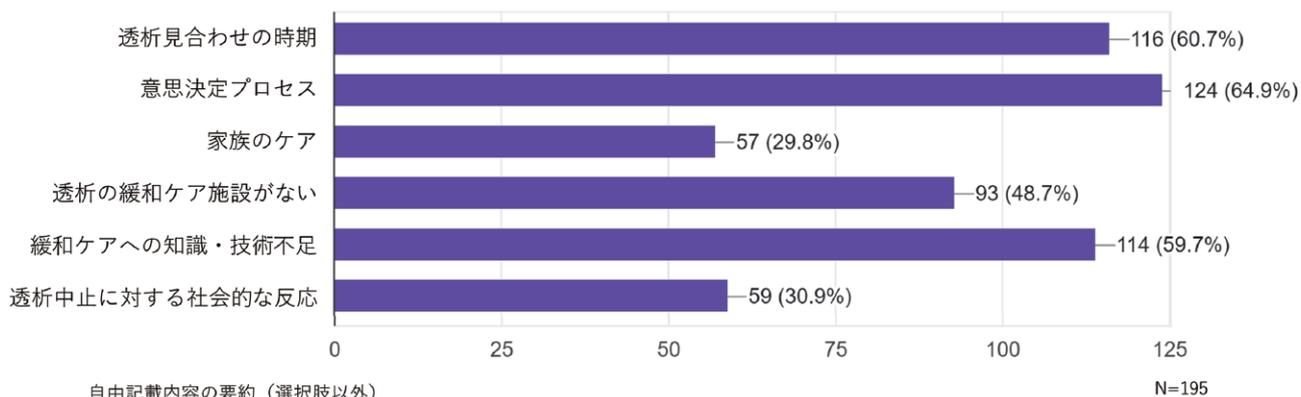
図 3：腎代替療法選択時に困ること



自由記載内容の要約（選択肢以外）

- ・ 糖尿病患者が、糖尿病医から見捨てられたという陰性感情を透析スタッフに転移し終息しない。
- ・ 腹膜透析の中止を受け入れられない患者がいる。
- ・ 合併症で複数の診療科にまたがる場合、全診療科で透析治療について統一した動きができない。
- ・ CKMを選択した場合に緩和ケアの具体的内容が周知されていない。
- ・ 食事管理不良の患者への介入に非常に困難を感じる。

図 4：透析患者の終末期で困ること



自由記載内容の要約（選択肢以外）

- ・ 透析見合わせについての職種間で認識がちがいが、他職種で支援する難しさがある。
- ・ 患者と家族の希望に食い違いがある場合に、どのような介入方法をとるべきか。
- ・ 透析施設によって、担当医によって終末期に対する考え方が違う。患者の意思の確認を行わず、透析治療実施の可否だけで判断する医師もいる。このような違いは仕方がないことなのか。
- ・ 代理意思決定者の判断が患者本人の意思と相違している場合にどのようにしたらよいか。
- ・ 免責事項など法的根拠が不明確で、現場での判断に迷いが生じています。法曹界からのコメントが必要である。

題行動の多い患者の療法選択 117 人（61.6%）」「超高齢者の療法選択 109 人（57.4%）」であった。

4) 透析患者の終末期で困ること (図 4)

終末期にもっとも困ることは「意思決定プロセスに関すること 124 人（64.9%）」であった。ついで「透析見合わせの時期 116 人（60.7%）」、緩和ケアへの知識・技術不足 114 人（59.7%）が挙げられた。

終末期の困難を看護師とその他の職種で比較したところ（ χ^2 検定）、看護師では「透析見合わせの時期に

関すること（ $p<0.01$ ）」と「透析見合わせ後の家族のケア（ $p<0.05$ ）」が有意に多く、他の職種では「透析の見合わせ・差し控えに対する社会的な反応（ $p<0.01$ ）」と「透析見合わせの意思決定プロセスに関すること（ $p<0.05$ ）」が有意に多かった（図 10）。

5) 対応に苦慮する精神・心理症状 (図 5)

対応に苦慮する精神・心理症状としては、半数以上の回答者が「認知症症状 125 人（64.4%）」「非協力的態度・拒否・無反応 125 人（64.4%）」「暴言・暴力・セクハ

図 5：対応に苦慮する精神・心理症状

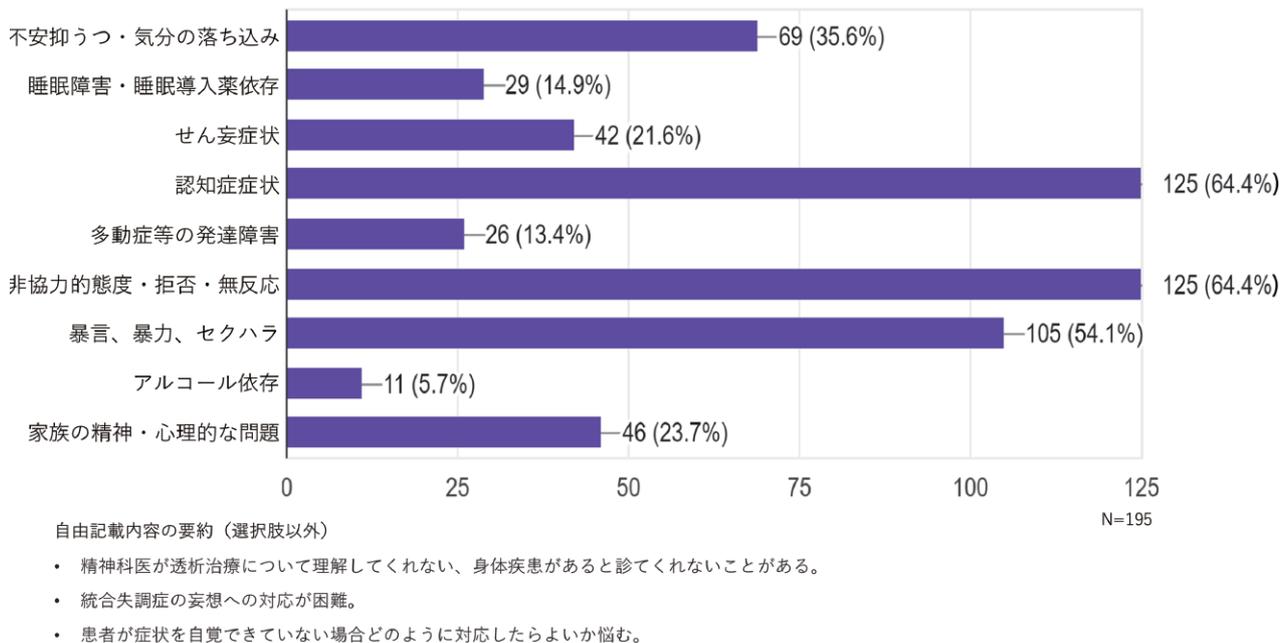
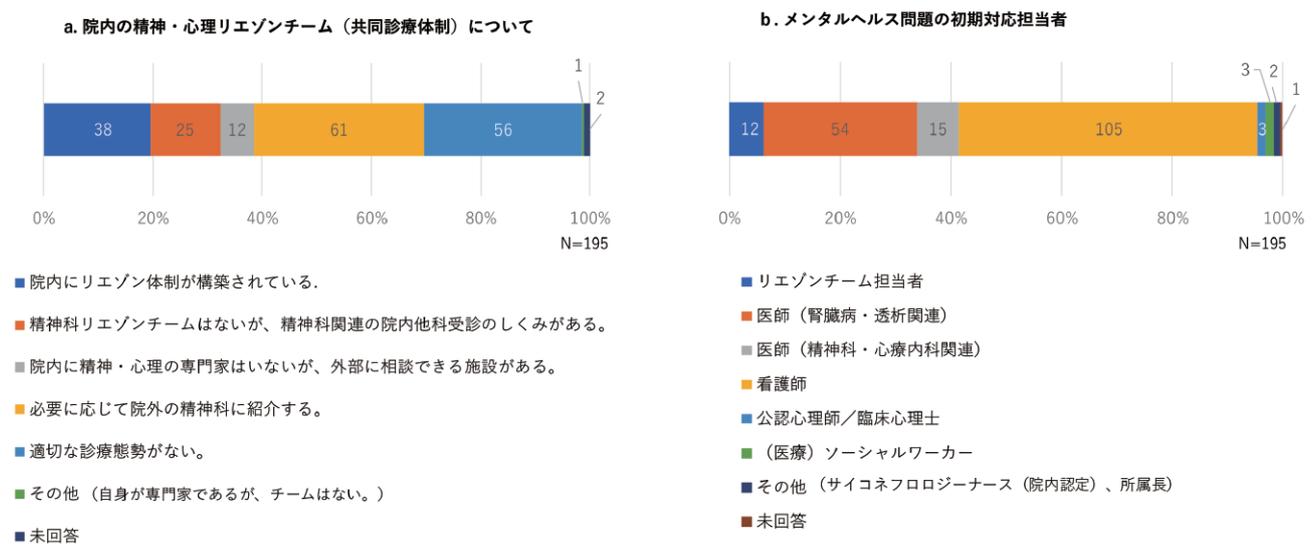


図 6：精神・心理リエゾン体制の状況と初期対応



ラ 105 人（54.1%）」を選択した。ついで「不安抑うつ・気分の落ち込み 69 人（35.6%）」「家族の精神・心理的問題 46 人（23.7%）」が挙げられた。

6) 精神・心理リエゾン体制の状況と初期対応 (図 6)

院内のリエゾン体制は 38 人（19.7%）の施設で整備されていたが、それ以外は院外の精神科に必要に応じて紹介 61 人（31.6%）、適切な診療体制がない 56 人（29.0%）であった (図 6a)。

精神心理的問題が発生した場合に初期対応するのは、

看護師 105 人（54.1%）、腎・透析関連の医師 54 人（27.8%）であった (図 6b)。

7) 評価尺度の使用経験 (図 7、図 8)

回答者や回答者の施設において、今回の調査で挙げた評価指標のいずれかについて、過去 (35 人) または現在 (45 人) に使用経験がある回答者は 80 人で全体の 41.4% であった (図 7)。

日常臨床または研究で各指標を用いた経験のある回答者数を図 8 に示す。①抑うつ・不安を測定する尺度

図 7：精神・心理臨床尺度の使用経験

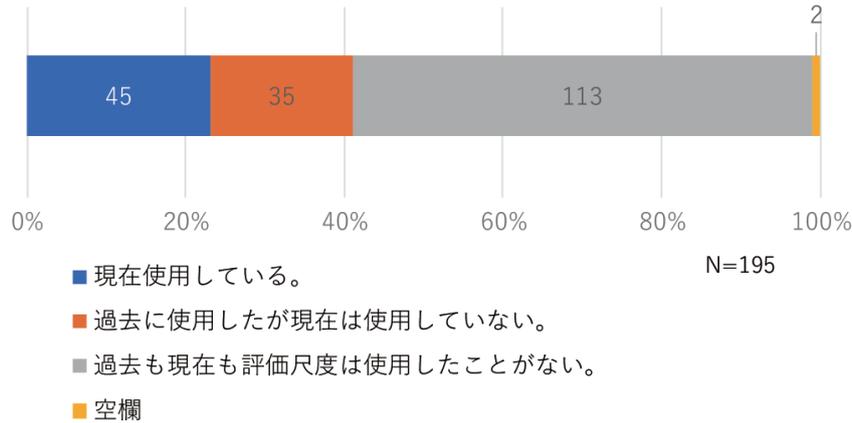
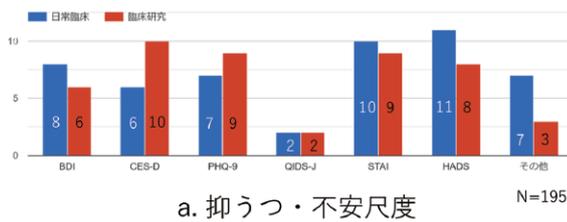
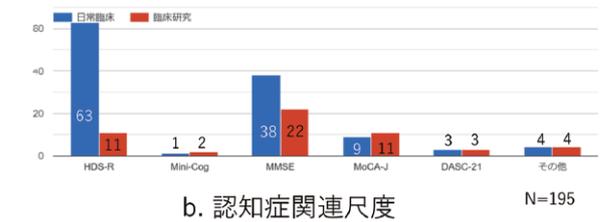


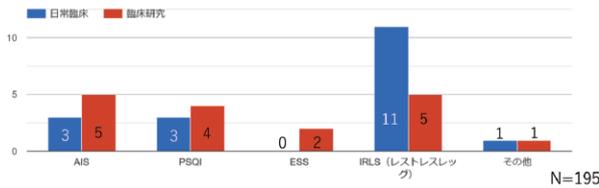
図 8：各臨床尺度の使用頻度



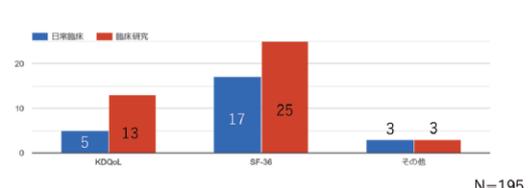
a. 抑うつ・不安尺度



b. 認知症関連尺度



c. 睡眠障害・レストレスレッグス関連尺度



d. QOL関連尺度

上記以外の使用尺度

- SF-8、EQ-5D-5L、自施設のオリジナルシート、FAB（前頭葉機能検査）、愛Pod調査、EuroQOL、K6、COGNISTAT、RBMT、GAD-7、SF-12、COGNISTAT（順不同）

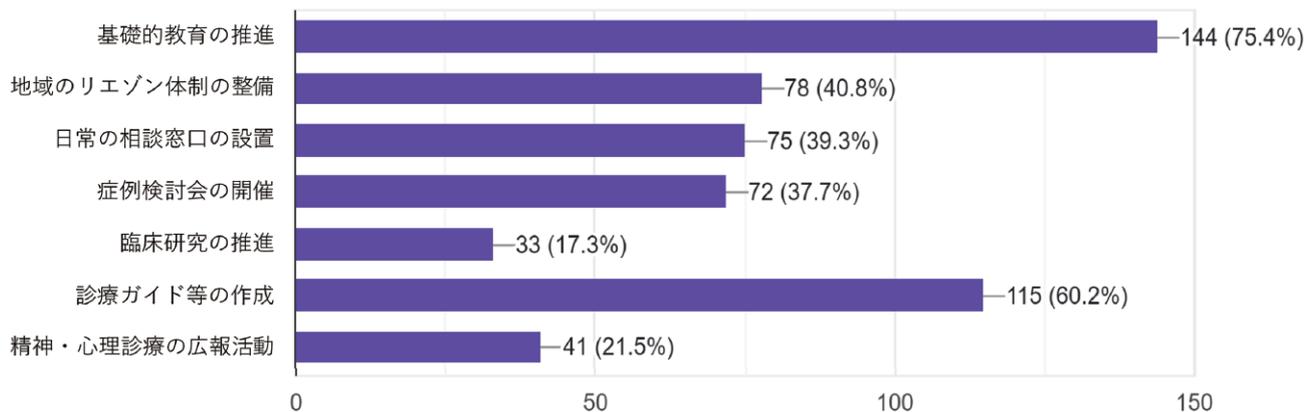
の利用経験率は低かった〔日常臨床：2人(1.0%)～11人(5.6%) / 研究：2人(1.0%)～10人(5.1%)〕。(図8a) ②認知機能検査ではHDS-R〔日常臨床：63人(32.3%) / 研究：11人(5.6%)〕、MMSE〔日常臨床：38人(19.5%) / 研究：22人(11.3%)〕の利用経験が高かったが、それ以外のMini-Cog〔日常臨床：1人(0.5%) / 研究：2人(1.0%)〕やDASC-21〔日常臨床：3人(1.5%) / 研究：3人(1.5%)〕は低かった。(図8b) ③睡眠関連の尺度は、不眠症状を評価するAIS〔日常臨床：3人(1.5%) / 研究：5人(2.6%)〕やPSQI〔日常臨床：3人(1.5%) / 研究：4人(2.1%)〕、睡眠時無呼吸の評価尺度であるESS〔日常臨床：0人(0) / 研究：2人(1.0%)〕はいずれも低く、レストレスレッグス症候群(RLS)を測定するIRLSの利用頻度尺度は若干高かった〔日常臨床：11人(5.6%)

/ 研究：5人(2.5%)〕。IRLSは研究よりも日常臨床で使われていた。(図8c) ④QOL関連尺度の評価に用いるKDQOL〔日常臨床：5人(2.5%) / 研究：13人(6.7%)〕とSF-36〔日常臨床：17人(8.7%) / 研究：25人(12.8%)〕の利用経験が比較的高かったが、研究での利用が多かった。(図8d)

8) 日本サイコネフロロジー学会に期待すること(図9)

学会に期待することとして、「基礎教育の推進144人(75.4%)」、「診療ガイド等の作成115人(60.2%)」、「地域のリエゾン体制の整備78人(40.8%)」、「日常の相談窓口の設置75人(39.3%)」が上位に挙がった。

図 9：サイコネフロロジー学会に期待すること

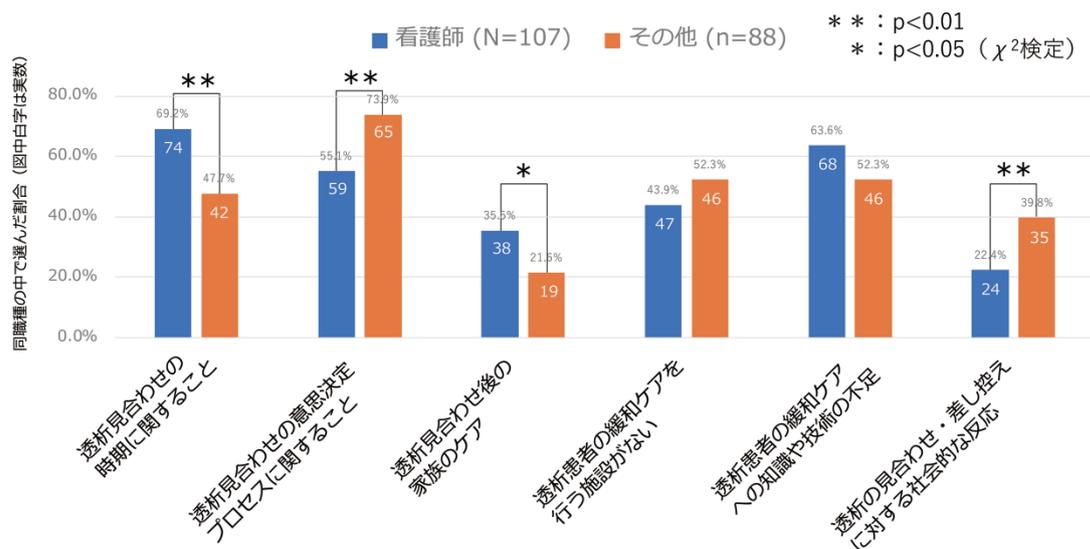


自由記載内容の要約（選択肢以外）

N=195

- ・ 糖尿病関連の学会と連携をとっていただきたい。
- ・ 医療者自身のメンタルヘルスについて、組織、個人がいかに対応するのかについて教育や研究を行ってほしい。
- ・ 日常のストレスを発散できる場所を提供してほしい。

図 10：職種別終末期に困ることの比較



3. 考察

本調査では、学会員が困っている喫緊の課題を把握し RQ の選定を行うために、日常診療の様々な側面で困ること、対応に苦慮する精神・心理症状、院内精神科コンサルテーション・リエゾン体制の状況、臨床評価指標の使用状況、学会員の学会への期待を 10 の質問項目で調査した。以下では質問項目を 4 つのドメインに分けて考察を行う。ドメインはそれぞれ、1) 回答者の背景と院内リエゾン体制、2) 高齢者・終末期に関わる問題、3) 精神・心理症状への対応、4) 臨床指標である。

1) 回答者の背景と院内精神科コンサルテーション・リエゾン体制について

アンケートの回答者は腎・透析関連の看護師及び医師が約 8 割を占め、また一定の経験年数以上の者が多かった。本アンケート調査で明らかにされたサイコネフロロジーの現状は、臨床経験豊富なメンタルヘルスケアを専門としない看護師、医師が日常どのような精神・心理的問題に苦悩し、どのように対応しているかを表していると言える。

メンタルヘルスの専門家ではない職種が大半を占めている多くの施設において、サイコネフロロジーはまだ日常臨床にしっかり根付いているとはいえない現状

が示唆された。精神心理的問題が発生した場合に初期対応するのは、看護師、腎・透析関連の医師が中心であり、その初期対応が適切に行われているかどうか重要なポイントであると思われた。

2) 高齢者・終末期の精神心理的問題について

我が国で透析患者の高齢化が進んでいるのは周知の事実であるが、透析患者の高齢化は死亡者数（終末期患者）の増加と認知症患者の増加に直結する。日本透析医学会の統計資料²⁴⁾によれば、2022年末の透析患者の平均年齢は69.87歳、透析導入患者の平均年齢は71.42歳である。年間死亡患者数は年々増加しており、2022年の死亡患者数（38,464人）は同年の透析導入患者数（39,683人）に迫る勢いである。また、正確な診断に基づく有病率ではないものの、透析医の判断による透析患者の認知症有病率は9.8%（2009年）、9.9%（2010年）、10.8%（2018年）と増加傾向にある。こうした現状における臨床現場での実態がアンケート結果に表れていた。

調査結果では、透析中止や見合わせの問題が上位に挙げたが、これは透析患者の死亡数増加の結果とも言える。日本透析医学会は、2014年に「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」²⁵⁾を発表し、2020年に「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」²⁶⁾に改訂した。しかし、少なくとも本アンケート施行時点（2022年）では、医療現場では透析見合わせの意思決定プロセスに関する問題が解決されたとは言えない状況にあることが示唆された。今後、臨床現場に即した提言のさらなる改訂が期待される。

終末期の困難を看護師とその他の職種で比較したところ、看護師では透析見合わせの時期に関することと透析見合わせ後の家族のケアが有意に多く、他の職種では透析の見合わせ・差し控えに対する社会的な反応と透析見合わせの意思決定プロセスに関することが有意に多かった。（図10）この結果は、看護師の視線は患者本人や家族に向けられており、主に医師（腎臓・透析関連）が占めるその他の職種は社会からの評価や責任の所在を意識するという、立場の違いに起因するものと思われた。ゆえに透析の見合わせの際には多職種で関わることに意義があり、患者と家族も交えて互いの意見や認識を共有し、患者にとっての最善の選択を模索し続けることが重要である。

次に、対応に苦慮する精神・心理症状（図5）で認知症症状と非協力的態度・拒否・無反応の割合が高かった。認知症の症状は「中核症状」と「行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）」に分けられる。前者は認知機能障害そのものを指し、後者には拒絶、興奮、暴言、暴力、徘徊、性

的異逸脱行為などの行動症状と、不安、焦燥感、うつ状態、幻覚、妄想などの心理症状が含まれる。図5の「非協力的態度・拒否・無反応」や「暴言・暴力・セクハラ」の中に拒絶・暴言・暴力・性的逸脱行為といったBPSDが含まれている可能性も高く、透析施設内でもっとも対応に苦慮している症状は認知症症状といえるかもしれない。

しかし本アンケートでは、どのような認知症症状で何にどの程度困っているのか調査しなかった。例えば、透析中BPSDのために医療従事者に危害が加わることが困るのか、自己抜針される方が困るのか、日常生活で水分・カリウム・リン・薬・注射などの自己管理ができなくなるの方が困るのか、はたまた透析拒否といった問題がより困っているのかなど、具体的な状況については把握できない。透析拒否という問題をとっても、腎不全の病態理解不足といった中核症状に由来する透析拒否と、幻覚や拒絶といったBPSDに由来する透析拒否では、家族や医療者の対応や治療法が異なるため、さらなる調査が必要である。

3) 精神症状の理解・治療の問題について

対応に苦慮する精神・心理症状（図5）のアンケート項目は、臨床研究推進委員会の多職種で検討し、いずれも臨床場面において医療者が困難を感じているであろう症状・状態像として提示したものであり、全ての項目がある程度選択されることを予想していた。しかし今回選択肢によって想定外に回答数がばらついたので特徴であり、その原因として選択肢に内在する困難さがそれぞれ別な要素で構成されているためではないかと思われた。つまり、回答者の半数以上が選択した①非協力的態度・拒否・医療者の働きかけに無反応、②暴言、暴力、セクハラ等は問題行動に対する対応の困難さであり、次に、③不安抑うつ・気分の落ち込み、④せん妄症状、⑤認知症症状、等は精神症状に関する対応の困難さである。⑥睡眠障害、睡眠導入薬依存、⑦注意欠如多動症や自閉スペクトラム症などの発達障害、⑧アルコール依存等疾患名に該当する選択肢は上位に挙げられず、これはリエゾン体制が不備な環境下における診断の困難さによると理解しうる。一方、せん妄と認知症は同様に疾患名であるが、医師以外の回答者（特に看護師）が多かったことから、これらは疾患名でなく精神症状として認識されていたものと思われる。最後に⑨患者家族の精神・心理的問題、すなわち家族のケアの重要性が示唆された。このように、選択肢の構成要素別に分けて考えることで、現場のニーズをある程度定型化できると思われる。

第一のニーズは、問題行動や認知症（認知症の行動も問題行動と感じている可能性がある）、非協力的態度・拒否・医療者の働きかけに無反応、暴言、暴力、セク

ハラ等、うまくコミュニケーションが取れない患者にどのように対応したらよいかというニーズであると理解できる。この結果は、本アンケートの回答者の約5割を、患者へのケアを直接行う看護師（腎臓病・透析関連）が占めていることを反映していると考えられる。

第二のニーズは、問題行動や精神症状の原因となる種々の疾患に対するアセスメント能力を高めるということである。上述のごとく、問題行動や精神症状が上位に選択された一方、具体的な疾患名である睡眠障害・睡眠薬依存、発達障害、アルコール依存などの選択が多くなかった。これは、当面の問題となる問題行動や精神症状の背後に潜在する可能性がある疾患への認識が低く、正確な診断に至っていないと解釈できる。例えばアルコール使用障害の正式な診断は、併存疾患と無関係にCKDの発症率の高さと関連することが知られており²⁷⁾、問題行動の要因の一つとしてアルコール依存などの疾患が存在していることは十分考えられる。また、④せん妄症状の回答者数の割合は全体の2割にとどまっていたが、せん妄は睡眠覚醒リズム障害による不眠や暴力行為²⁸⁾といった問題行動にも強く関連する疾患である。つまり、せん妄を正確にアセスメントできなかったために想定外に低い値をとった可能性もある。入院患者においてせん妄患者の7-8割は見逃されているといわれており^{29,30)}、腎不全医療においても、せん妄のアセスメント能力を高める必要があることを示している。

今後は本学会において、これらの行動や精神症状の把握に有用と思われる評価尺度の検討・普及や、認知症やせん妄等の個別の精神疾患に対するアセスメント能力や対応力を向上するための研修の開催などが期待される。

4) 評価指標について

今回対象とした評価指標のうち、①抑うつ・不安、③睡眠障害・レストレスレッグス、④QOLは質問票（アンケート）によって評価される指標である。質問票による評価は、診断に代わるものでは決してないが、症状変化の把握、症状重症度の推定、スクリーニングなどに役立つことができる。各質問票の特徴や活用する方法について、今後学会で情報提供を行っていくことが役立つと期待できる。その際、すでに質問票を日常臨床で活用している施設において、どのような活用がなされているのかについて実態を明らかにすることも必要だろう。例えば、具体的に日常臨床でどのように活用しているのか、認知機能検査の解釈等でもっと知りたい点はないか、などのニーズを整理するといった点である。

質問票による評価によって患者の状態を数値化することは、研究を行う際にも役立つ。その数値を用いた統計解析を行うことができるためである。心の様子の

一部ではあるが、数値化することによってその影響因との関連やその強さを統計で明らかにすることにより、得られた知見を、今後のより良い支援に役立てていくことができる。

評価指標のうち②認知症については、HDS-R、MMSEといったスクリーニング検査が日常臨床で実施されていた。一方、軽度の認知機能障害のスクリーニングであるMoCA-Jや日常生活機能の項目を含むDASC-21、あるいはMini-Cogについては、まだ知名度が高いとは言えない現状であった。

以上の評価指標の結果から、日常臨床および研究で活用できる指標について、その認知度を高めていくことと、すでに日常臨床や研究で使用されている尺度について、その活用実態について明らかにし、学会員の臨床実践や研究において活用しうるような情報を提供していくことの大切さが示唆された。

5. おわりに

今回のアンケート調査で明らかになったわが国のサイコネフロジーの現状は、会員の多くの施設においてはメンタルヘルスの専門家とのリエゾン体制が構築されておらず、経験年数の多い看護師、医師が精神・心理的な問題の初期対応にあたっていた。そして透析患者の高齢化を背景に、認知症への対応、終末期や透析中止に関連する問題への対応に苦慮している状況が明らかになった。メンタルヘルスの専門家へのアクセスが限られている状況を反映して、さまざまな精神・心理症状を他覚的に評価する臨床指標はほぼ3/4の施設で使用されていなかった。その結果、日常の精神・心理症状へのアセスメント不足、症状の背後にある疾患への認知不足が問題を複雑、難局化している可能性が示唆された。本学会への期待に関する設問への回答として、基礎教育の推進、診療ガイド等の作成、リエゾン体制の整備、相談窓口の設置などが挙げられた。各ドメインにおける考察の集約ともいえる結果である。これらの問題を整理、解決していくこと、また解決に有益な資料の作成やプラットフォームの設置が本学会に課されたタスクである。本学会診療ガイド作成委員会は2024年4月に「サイコネフロジー診療ガイド」³¹⁾を上梓したところである。本論文では結果のみの提示にとどめたが、職場のメンタルストレスへの対応、患者家族のメンタルコンディションへの対応も学会としてアプローチしていく必要があると思われる。今後は本アンケート結果を基に、会員のニーズに沿った学会活動が活発に、継続的に展開されることを期待したい。

今回の論文内容について、すべての著者は開示すべきCOIを有していない。

文献

- 1) 小嶋雅代, 古川壽亮. 日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票. 東京: 日本文化科学社, 2003.
- 2) 島悟. CES-D うつ病自己評価尺度. 東京: 千葉テストセンター, 2008.
- 3) 村松公美子. Patient Health Questionnaire (PHQ9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版 - up to date -. 新潟星稜大学大学院臨床心理学研究 2014; 7: 35-39.
- 4) 村松公美子. F3: うつ病 PHQ-9(Patient Health Questionnaire). 臨床精神医学 2010; 39 巻増刊号: 236-239.
- 5) 藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸, 他. 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度(日本語版 QIDS-SR)の開発. ストレス科学 2010; 25: 43-52.
- 6) 肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 他. 新版 STAI 状態・特性不安検査 (Form-JYZ). 東京: 実務教育出版; 2021.
- 7) Zigmond AS, Snaith RP, 北村俊則 (訳). Hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度). 精神科診断学 1993; 4: 371-372.
- 8) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 他. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347
- 9) Borson S, Scanlan J, Brush M, et al. The mini-cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000; 15: 1021-1027.
- 10) 前島伸一郎, 大沢愛子, 半井慎太郎, 他. もの忘れに対する Mini-Cog© 日本版の有用性: 認知症・軽度認知障害のスクリーニング検査としての意義. 日本認知症学会誌 (Dementia Japan) 2024; 38: 148-155.
- 11) 杉下守弘. MMSE-J 精神状態短時間検査 改訂日本版. 東京: 日本文化科学社, 2019.
- 12) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12: 189-198.
- 13) Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005; 53: 695-699.
- 14) 鈴木宏幸, 藤原佳典. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) の日本語版作成とその有効性について. 老年精神医学雑誌 2010; 21: 198-202.
- 15) 栗田主一, 杉山美香, 井藤佳恵, 他. 地域在住高齢者を対象とする地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (DASC - 21) の内的信頼性・妥当性に関する研究. 老年精神医学雑誌 2015; 26: 675-686.
- 16) Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, et al. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale (AIS-J). Psychiatry Clin Neurosci. 2013; 67: 420-425.
- 17) Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, et al. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. Psychiatry Res. 2000; 97: 165-172.
- 18) Takegami M, Suzukamo Y, Wakita T, et al. Development of a Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale (JESS) based on Item Response Theory. Sleep Medicine. 2009; 10: 556-65.
- 19) Walters AS, LeBrocq C, Dhar A et al. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. Sleep Medicine. 2006; 4: 121-132.
- 20) 小林奈美, 加藤一成, 鍵村達夫, 他. レストレスレッグス症候群 (RLS) の重症度評価における日本語版 IRLS Ver2.2 の信頼性及び妥当性の検討. 睡眠医療 2013; 7: 100-105.
- 21) Hays RD, Amin N, Fukuhara S, et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM), Version 1.2: A manual for use and scoring (Japanese Questionnaire, Japan), Washington DC: RAND, 1997; 1-39.
- 22) Green J, Fukuhara S, Shinzato T, et al. Translation, cultural adaptation, and initial reliability and multi-trait testing of the Kidney Disease Quality of Life instrument for use in Japan. Quality of Life Research. 2001; 10: 93-100.
- 23) Fukuhara S, Bito S, Green J, et al. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. J Clin Epidemiol. 1998; 51: 1037-44.
- 24) 花房規男, 阿部雅紀, 常喜信彦, 他. わが国の慢性透析療法の現況 (2022 年 12 月 31 日現在). 透析会誌 2023; 56: 473-536.
- 25) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ. 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 2014; 47: 269-285.
- 26) 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言作成委員会. 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 2020; 53: 173-217.
- 27) Pan CS, Ju TR, Lee CC, et al. Alcohol use disorder tied to development of chronic kidney disease: A nationwide database analysis. PLoS One. 2018; 13(9) :e0203410.

- 28) Tachibana M, Inada T, Ichida M, et al. Risk factors for inducing violence in patients with delirium. *Brain Behav.* 2021; 11(8): e2276.
- 29) Mistarz R, Elliott S, Whitfield A, et al. Bedside nurse-patient interactions do not reliably detect delirium: an observational study. *Aust Crit Care.* 2011; 24(2): 126-32.
- 30) Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med.* 2001; 161(20): 2467-73.
- 31) 日本サイコネフロロジー学会 診療ガイド作成委員会 編, サイコネフロロジー診療ガイド. メディカ出版, 大阪, 2024

付録：調査票の内容

<p>1. あなたについて教えてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年齢：40歳未満、40歳台、50歳台、60歳台、70歳以上 • 性別：男、女 • 職種：透析医、精神科医、臨床心理士、看護師、臨床工学技士、社会福祉士、その他（自由記載） • 上記職種での経験：1年未満、1～5年未満年数、5～10年未満、10～20年未満、20年以上 • 透析・サイコネフロロジー領域の経験年数：1年未満、1～5年未満年数、5～10年未満、10～20年未満、20年以上
<p>2. 日常のCKD診療・サイコネフロロジーの診療で困ること（場面）はなんですか、緊急度の高いと思うもの上位3つ選んで下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> □腎代替療法（移植も含む）の選択に関すること □終末期のケアや透析中止に関すること □精神症状の評価に関すること □精神症状の治療に関すること □患者・家族との交流に関すること □職場環境・職員のメンタルヘルスに関すること □その他（自由記載）
<p>3. 腎代替療法の選択あるいは透析開始時に遭遇する困ったことは何ですか。緊急度の高いと思うもの上位3つ選んで下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> □患者の腎代替療法の受容に関すること □青年患者への対応に関すること □超高齢患者の療法選択に関すること □認知症や精神疾患をもつ患者の療法選択に関すること □問題行動、クレームの多い患者（いわゆるモンスター患者）の療法選択に関すること □透析をしない選択に関わること □その他（自由記載）
<p>4. 透析患者の終末期において困ることは何ですか、緊急度の高いと思うもの上位3つ選んで下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> □透析見合わせの時期に関すること □透析見合わせの意思決定プロセスに関すること □透析見合わせ後の家族のケア □透析患者の緩和ケアを行う施設がない □透析患者の緩和ケアへの知識や技術の不足 □透析の見合わせ・差し控えに対する社会的な反応 □その他（自由記載）
<p>5. 対応に困っている患者の精神・心理的な症状はどれですか。緊急度の高いと思うもの上位3つ選んで下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> □不安抑うつ・気分の落ち込み □睡眠障害・睡眠導入薬依存 □せん妄症状 □認知症症状 □多動症や自閉スペクトラムなどの発達障害 □非協力的態度・拒否・医療者の働きかけに無反応 □暴言、暴力、セクハラなど □アルコール依存 □患者家族の精神・心理的な問題 □その他（自由記載）

6. 貴院の精神・心理リエゾンチーム（共同診療体制）について、もっとも近いものを一つ選んでください。リエゾンチームとは、精神医療専門の医師、看護師、コメディカルから成る精神科・心理領域の共同診療体制を指します。院内にリエゾン体制が構築されている。

- 院内にリエゾン体制が構築されている。
- 精神科リエゾンチームはないが、精神科関連の院内他科受診のしくみがる。
- 院内に精神・心理の専門家はないが、外部に相談できる施設がある。
- 必要に応じて院外の精神科に紹介する。
- 適切な診療態勢がない。
- その他（自由記載）

7. 貴院において患者のメンタルヘルスの問題が生じた場合に、初期対応する方はだれですか。一つ選んで下さい。

- リエゾンチーム担当者
- 医師（腎臓病・透析関連）
- 医師（精神科・心療内科関連）
- 看護師
- 公認心理師／臨床心理士
- （医療）ソーシャルワーカー
- 臨床工学技士

8. あなたご自身やあなたの施設で、これまで日常臨床や臨床研究において、精神・心理症状・QOLの評価尺度を使用したことはありますか。

- 現在使用している。
- 過去に使用したが現在は使用していない。
- 過去も現在も評価尺度は使用したことがない。

9. 上記で使用経験があると答えた方のみお答え下さい。使用経験のある指標はどれですか。該当するもの全て選んで下さい。

抑うつ・不安症状

BDI	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
CES-D	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
PHQ-9	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
QIDS-J	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
STAI	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
HADS	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>

認知症関連

HDS-R	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
Mini-Cog	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
MMSE	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
MoCA-J	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
DASC-21	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>

睡眠障害

AIS	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
PSQI	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
ESS	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>

レストレスレッグ症候群

<input type="checkbox"/> IRLS	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------

QOL評価

<input type="checkbox"/> KDQoL	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SF-36	日常臨床	<input type="checkbox"/>	研究目的	<input type="checkbox"/>

その他（自由記載）

10. 日本サイコネフロロジー学会に期待する事はなんですか。優先度の高いもの上位3つ選んで下さい。

- 精神・心理症状に対する基礎的教育の推進
- 地域におけるリエゾン体制の整備
- 日常の相談窓口の設置
- 症例検討会の開催
- 臨床研究の推進
- 日常で使用する診療ガイド等の作成
- 精神・心理診療の広報活動
- その他（自由記載）

《論文内容》

論文内容はサイコネフロロジーならびにこれに関するもので、他誌に発表されていないもの、あるいは投稿中でないものに限る。論文投稿者および共同著者は論文の題名、執筆者名、所属機関、内容などに関連する事項全てに責任を負う。症例報告については、容易に個人が特定されないよう、個人情報に十分配慮した内容にする。

《投稿資格》

投稿論文の筆頭著者あるいは共同著者が本学会の正会員または施設会員であることが投稿の条件となる。ただし、編集委員会が依頼した原稿についてはこの限りではない。

《論文の様式》

論文は寄稿、原著論文、実践報告、症例報告、総説とし、その区別を明示して提出する。

《論文の長さ》

- ・ 寄稿：400 字原稿 10 枚以内
- ・ 原著論文：400 字原稿 25 枚以内
- ・ 実践報告：400 字原稿 15 枚以内
- ・ 症例報告：400 字原稿 15 枚以内
- ・ 総説：400 字原稿 30 枚以内

《原稿の書式》

1. 表紙には下記内容を記載する。
論文の様式 / 表題（日本語と英語） / 著者名（共同著者名、いずれも読み仮名も含めて記載） / 所属機関 / 連絡先（所属機関、住所、電話番号、FAX 番号、E-mail アドレス）
2. 抄録：表紙の次頁から 400 字以内の和文要旨と Key words を記載する。
※英文抄録は任意、寄稿は和文要旨は不要とする。
3. Key words：論文の内容に関する key words（3～5 個）を記載する。
4. 図表 / 写真：図表 / 写真 1 枚は 400 字前後を減ずる。各図表 / 写真には番号を付し、本文中に挿入箇所を明記する。
図表 / 写真は明瞭・鮮明なものに限る。
5. 文献は引用箇所に番号を付け、論文の末尾に一括し、次の形式に従い引用順に並べて記載する。なお、文献数は 30 編以内とする。

■ 雑誌の場合

著者名（著者が 3 名までの場合は全員記載、4 名以上の場合は筆頭者から 3 名まで記載し、それ以上は他、et al とする）。
論文名. 雑誌名 発行年（西暦）；巻数：頁（初め - 終わり）。

例)

小川智也, 木場藤太, 清水泰輔, 他. カフ型バスキュラーカテーテルを活用した高齢患者の日帰り血液透析導入を経験して. 埼玉透析医学会誌 2013 ; 2 : 228-230.

Ogawa T, Sasaki Y, Kanayama Y, et al. Evaluation of the functions of the temporary catheter with various tip types. Hemodial Int. 2017;21:S10-S15.

■ 書籍の場合

著者名（著者が 3 名までの場合は全員記載、4 名以上の場合は筆頭者から 3 名まで記載し、それ以上は他、et al とする）。
論文名. 編者名. 書籍名. 所在地：出版社名, 発行年（西暦）；
頁（初め - 終わり）。

例)

福西勇夫. サイコネフロロジー. 松下正明（総編集）. リエゾン精神医学・精神科救急医療. 東京：中山書店, 1998 ; 131-139.

Quinn DK, Cukor D. Depression in patients with CKD and ESRD. Cukor D, Cohen SD, Kimmel PL. Psychosocial Aspects of Chronic Kidney Disease. London: ACADEMIC PRESS, 2021.

■ 誌名を略記する場合

出典雑誌の定める略名を使用する。また外国のものは Index Medicus 所載のものを用いる。

《研究倫理》

倫理的配慮：人を対象とした研究の場合、ヘルシンキ宣言（ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則）を基礎として厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針、疫学研究に関する倫理指針等に準じ、被験者からのインフォームドコンセントおよび所属機関の倫理委員会の承認を得たことを明記する（論文中に承認番号を明記する）。また、症例報告については、患者個人の特定が可能な氏名、イニシャル、ID、住所（都道府県までは可）、特定の月日（月日は「○病日」「○月上旬」「○日後」等とする）は記載しない。文書あるいは口頭でのインフォームドコンセントを得た上で、匿名性について最大限の配慮を行う。

《利益相反》

投稿論文の内容に関して、資金提供、雇用関係、報酬需要などによる利益相反がある場合には、関連の企業・法人組織名と具体的な内容を論文の末尾に明記する。

《論文の採択》

投稿論文の採否は編集委員会の指定する査読者と編集委員の査読によって決定し、受理年月日を掲載論文中に明示する。なお、投稿論文においては個人情報保護の観点から、たとえ学術論文であっても容易に個人が特定されないように、症例の記載については十分に配慮しなければならない。ヘルシンキ宣言に違反していると判断された論文は採択されない。

《論文査読》

査読者は2名が担当するが、最終的な決定は編集委員会が行う。

《再投稿》

査読終了後の再投稿は、査読結果通知の日付から6カ月以内とする。それ以後に投稿された場合は新規論文として扱うものとする。

《著作権の保護》

論文の投稿者は、本誌に掲載する著作物またはこれを原著物とする二次的著作物の著作権およびこれら著作物の翻訳、翻案、データベースへの取込みおよび送信の権利等、本誌に掲載する著作物に関する一切の権利を、信託財産として日本サイコネフロロジー学会に包括的に譲渡する。また、信託財産の趣旨に反しない限り、著作者は著作物に対する著作者人格権を行使しない。

《著者負担費用》

掲載料は刷り上がり6頁まで30,000円（税別）とするが、それを超えるものは実費を徴収する。ただし、当面の間、発行形態等により減額する場合がある。依頼原稿はこの限りでない。

《投稿方法》

原稿はワードプロセッサソフトウェア（Microsoft Word）を使用し、電子メールにて編集委員会まで送付する。原稿の送付にあたっては連絡先（氏名、住所、所属機関、電話番号、FAX番号、メールアドレス）を記載する。

■ 原稿送付先

日本サイコネフロロジー学会事務局 編集委員会 宛

E-mail：office@jpspn-ndt.com

本投稿規定は令和4年4月5日から施行する。

日本サイコネフロロジー学会編集委員会

編集後記

日本サイコネフロロジー学会 理事
編集委員会委員長
小川 智也

日本サイコネフロロジー学会雑誌 Vol.2 をお届けできることを、大変うれしく思います。これもひとえに関係者の皆様のお力添えのおかげです。当学会は2019年に法人化され、日本サイコネフロロジー学会として新たなスタートを切りました。その際、編集委員長を仰せつかり、2022年に第1巻を発刊し、今回第2巻目の出版に至りました。

本学会は、腎疾患の患者、その家族、および医療従事者が直面する精神的、心理的、社会的な課題に取り組む学術団体です。そのため、学術誌の内容もこれらの課題を中心に据えております。今回も、多くの先生方からご投稿いただき、学術大会で取り上げられたテーマをもとに編集委員会で計画を進めました。すべての投稿は査読を経て、より良い原稿に仕上げるよう努めております。

今後も皆様のお力をお借りしながら、より充実した内容の学術誌を育てていきたいと考えております。引き続きご指導ご支援のほど、何卒よろしくお願いいたします。

日本サイコネフロロジー学会誌 編集委員会

委員長 小川 智也
副委員長 大武 陽一
副委員長 小林 清香
委員 種田 美和
桂川 修一
黒田 沙織
櫻田 勉
菅原 裕子
竹内 崇
野口 文乃

日本サイコネフロロジー学会誌

The Japanese Society for Psychonephrology

Vol. 2, 2023

2024年7月1日 発行

編集・発行

一般社団法人 日本サイコネフロロジー学会

〒162-8666 新宿区河田町 8-1

東京女子医科大学医学部精神医学講座

Tel 03-3353-8111 Fax 03-3351-8979

本誌の内容の一部あるいは全部を無断で複製複製（インターネット上の公開を含む）することは、法律で定められた場合を除き、著者および本誌編集委員会の権利の侵害となりますので、その場合はあらかじめ編集委員会にて許諾を求めてください。

