ISSN 2758-7215

2022

日本サイコネフロロジー学会雑誌

The Japanese Society for Psychonephrology

Vol.1

一般社団法人 日本サイコネフロロジー学会 発行

一般社団法人日本サイコネフロロジー学会 学会誌創刊にあたり

一般社団法人日本サイコネフロロジー学会
理事長　**西村 勝治**

サイコネフロロジー（psycho-nephrology）の定訳はありませんが、あえて訳すと「精神腎臓学」となります。慢性腎臓病の患者、家族、そしてケアを担う医療者のメンタルヘルスを扱う学問領域です。腎臓病学（nephrology）と精神医学（psychiatry）・心理学（psychology）・心身医学（psychosomatic medicine）とが協働することで成り立っており、腎臓病医療における患者・家族中心のケア（patient/family-centered care）の科学的実践とその普及を目指しています。

日本サイコネフロロジー学会は、この度、学会誌を創刊することになりました。サイコネフロロジーをわが国の腎臓病医療に学術的な根拠をもって展開させることが、学会誌創刊の目的です。

わが国のサイコネフロロジーは1990年に産声を上げました。当時、東京女子医科大学腎臓病総合センター所長であった腎臓病医・太田和夫先生と、自らも透析患者であった精神科医・春木繁一先生のお二人によって、日本サイコネフロロジー研究会が発足しました。お二人の強力なリーダーシップのもと、小さな研究会はやがて全国に広がり、サイコネフロロジーはわが国の腎臓病医療を支える存在として着実に成長してきました。研究会の発足からちょうど30年の年月を経た2019年12月26日をもって、日本サイコネフロロジー研究会は一般社団法人日本サイコネフロロジー学会となり、新たなスタートを切りました。

サイコネフロロジーの実践を担うのは、メンタルヘルスを専門としない腎臓病の医療従事者です。腎臓病医療には医師、看護師、臨床工学技士、移植コーディネーター、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカーなど多くの職種がかかわっています。これらの医療者とメンタルヘルスの専門家（精神科医、心療内科医、公認心理師）とが協働して、サイコネフロロジーの課題に取り組みます。したがって、本学会誌にはサイコネフロロジーに関する学術面を深めると同時に、その実践を担う多職種がケアの向上に活用できるような実装が求められます。

本学会誌の創刊がわが国のサイコネフロロジーの新しいスタートとなることを祈念いたします。最後に学会誌の創刊に尽力いただいた編集委員会（小川智也委員長）の皆様に深く感謝申し上げます。

精神科医からみたBPSD対応：怒りに焦点を当てて

谷向　仁

Dementia in Patients treated with dialysis：Multidisciplinary approach to dealing with BPSD. Response to anger from a Psychiatrist's Perspective.

Hitoshi Tanimukai

要旨：認知症を併存する透析患者への対応、特に怒りを伴う行動心理症状（BPSD）は対応に苦慮することが少なくない。認知症に見られる怒りは、脳器質性変化に伴う要因によって理解されがちであるが、器質性変化による症状としてのみで説明できるものではなく、腎機能障害に伴う様々な生活上の制約、透析治療による心理的ストレスなど多くの要因が症状の発現に影響する。また医療者の不適切な関わり方にも敏感に反応し、そのことが怒りの表出という形で現れることもある。そのため、対応には苦痛・不快となる身体症状や使用薬剤の評価と対応、環境調整、そして医療者自身の対応の振り返りなどをまず行ったうえで、それらに認知症特有の症状がどのように関与しているのかを考えて非薬物療法を検討することが基本である。その上で、必要に応じて薬物療法も考慮されるが、副作用発現には十分注意を払い、漫然とした処方を行わないことが大切である。

Keyword　認知症、透析医療、BPSD、怒り

1. はじめに

日本透析学会の2020年度資料[1)]によると2020年末の慢性透析療法を受けている患者総数は347,671人と報告されており、近年増加率が鈍化していると言われているものの年々増加傾向にある。そして透析導入患者の平均年齢も年々上昇しており、男性、女性とも70～74歳が最も割合が高い年齢層となっている。

一方、未曽有の超高齢社会を迎えている我が国では認知症者の人口も増加しており、厚生労働省老健局の資料[2)]では、2025年には700万人にもなることが推計されている。これらのことから考えると、認知症を併存する透析患者は今後ますます増えていく可能性が考えられ、透析現場における医療者の認知症に関する病態理解と様々な課題に対する対応能力向上について検討することは急務と考えられる。認知症を併存する透析患者への対応、特に行動心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）は、多職種で取り組むべき課題であるが、実際には対応に苦慮することが少なくない。

本総説では、第32回サイコネフロロジー学会　シンポジウム２で企画された「透析患者の認知症、BPSDの対応を多職種で考える」（2021年12月12日）にて、筆者が担当した「精神科医の立場からみたBPSDの対応　～怒りに焦点を当てて～」の発表を中心に一部加筆し、筆者の考えを交え概説する。

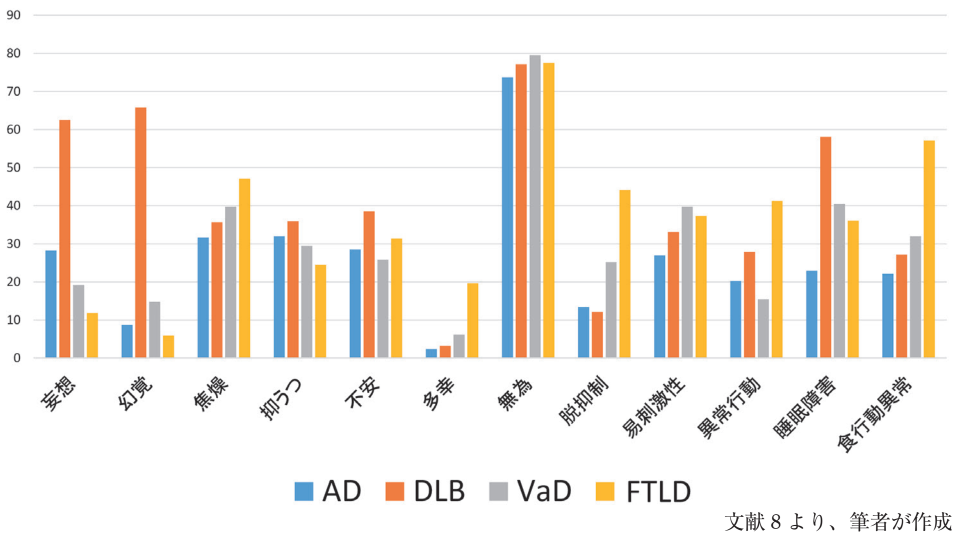
2. 透析患者における認知症

少し古い報告にはなるが、1989年の春木繁一先生の発表資料によると、精神科コンサルテーションを受けた透析患者の精神的問題として、抑うつグルー

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻　先端リハビリテーション科学コース
先端作業療法学講座　脳機能リハビリテーション学分野
京都大学医学部附属病院　緩和医療科

〒606-8507　京都市左京区聖護院川原町53
Tel/Fax: 075-751-3926　E-mail address: tanimuki@kuhp.kyoto-u.ac.jp

図 1：各認知症の BPSD 出現頻度



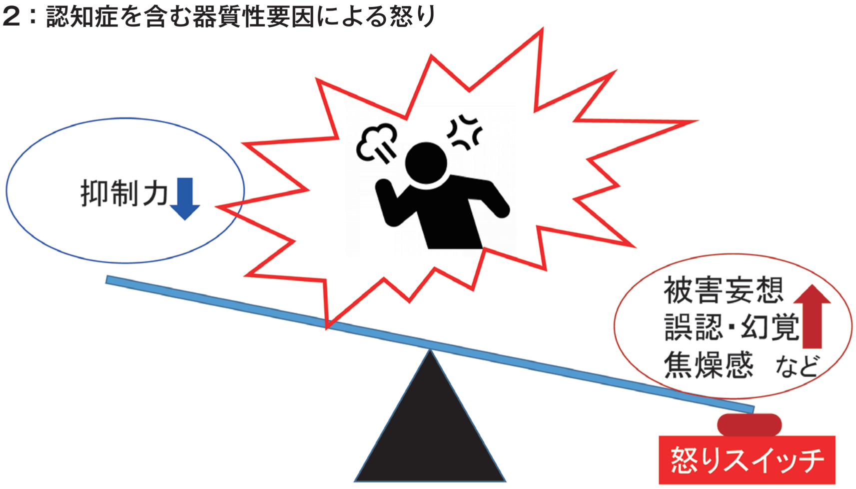
文献 8 より、筆者が作成

プ（24%）、不安グループ（13%）、家庭・家族に関連する心理的問題のグループ（11%）とならび、特筆すべき問題として、認知症（当時は「痴呆」として表記されている）を含む器質性脳症状（Organic Brain Syndrome：OBS）が 20%あったと報告されている [3]。また、日本透析医学会 2018 年末の慢性透析患者に関する集計 [4] によると、認知症併存率は 65 歳以下では 1.8%であったが、65 歳以上では 6.8%、75 歳以上では 22.7%と、高齢になるほど高率となっている。また、2020 年における透析導入患者の原疾患で最も多いものは糖尿病性腎症で 40.7%であり，次いで腎硬化症の 17.5%，慢性糸球体腎炎の 15%と続いている [1]。透析導入理由の上位 2 つである糖尿病性腎症、腎硬化症を合わせると 58%以上が糖尿病や高血圧が原因ということになるが、これらの要因は認知症発症のリスク因子にもなりうるものである。先ほどの春木先生の報告では、「痴呆」の大部分が脳動脈硬化型（血管性認知症（Vascular dementia:VaD）を意味するものと思われる）であったと報告されており、糖尿病や高血圧は確かに VaD のリスク因子として古くから知られているが、近年ではアルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease: AD）のリスクとしても考えられるようにもなっている [5]。また、認知症の疫学では VaD は男性に多く、AD は女性に多いことが知られているが、先述の 2018 年末の慢性透析患者に関する集計 [4] における男女別に見た認知症の併存者は女性の頻度のほうが高いことが示されている。このようなことを考えると、透析患者においても VaD のみならず AD の頻度も高い可能性がある。このように、透析現場では様々な種類の認知症に遭遇することが増えていくと考えられる。

3. 認知症とは

まず認知症の定義について確認したい。認知症とはいったん正常に発達した認知機能が後天的な脳の機能障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害（せん妄など）のない時にみられることをいう。これまでは記憶障害を必須として、その他の認知領域（失語、失行、失認、実行機能障害）のうち 1 つ以上の障害を示した場合とされていたが、現在は記憶障害を、他の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚 - 運動、社会的認知）と同列として捉え、以前の行為水準からこれらのうち 1 つ以上の認知領域の有意な低下を呈していることが要件とされている [6]。また、認知症の症状は古典的に、中核症状（元来保たれていた機能が減弱あるいは欠落して生じた症状）と周辺症状（元来見られなかった付加的な症状）に分けて考えられてきたが、この周辺症状は近年、認知症の行動心理症状（BPSD）にほぼ置き換わって扱われている。また認知症とは、病名ではなく総称であり原因となる疾患は多岐にわたる。疫学的には AD が最も多く、血管性認知症（Vascular Dementia: VaD）がそれに次ぎ、この 2 疾患で 80%以上を占めるとも言われている。また、レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）は神経変性疾患による認知症で AD に次ぎ 2 番目に多く対応も難しい。これら AD、VaD、DLB に加え、神経変性性認知症である前頭側頭葉変性症（Frontotenmporal lober degeneration: FTLD）を合わせて 4 大認知症とよばれている。先に述べた BPSD についてはどの認知症でも同様に出現すると一緒くたに考えられがちであるが、認知症によってその出現頻度には差があることが報告されている [7, 8]（**図 1**）。BPSD は認知機

図２：認知症を含む器質性要因による怒り



器質的要因による、抑制力の低下、精神症状の出現により“怒り”が生じやすくなる

文献 12 より引用

能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する。European Alzheimer Disease Consortium は、BPSD を活動亢進（焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動など）、精神病様症状（幻覚、妄想、夜間行動異常など）、感情障害（不安や抑うつ状態など）、アパシー（自発性や意欲の低下）の 4 つの要因に整理して分類しているが[9, 10]、活動亢進、精神病様症状は「怒り」の背景となりやすい BPSD と考えられる。したがって、ここからは特にこれらの BPSD について主に取り上げる。ちなみに、認知症者はせん妄を合併することが多いが、せん妄はこの BPSD の中には含まれていないことを知っておく必要がある。

4. “怒り”とは

「怒り」は認知症者に限らず誰にでも生じるものである。したがって、医療者が認知症の「怒り」に適切に対応するためには、まず“人”が「怒り」を感じる状況や心理について改めて確認しておくことがとても重要である。

1）誰にでも起こりえる「怒り」の背景

アリストテレスは「怒り」を、「自分自身または自分に属するものに対するあからさまな軽蔑，しかも不当な軽蔑によって起こされる復讐への欲求，苦痛を伴った欲求」と動機付けを持つ社会的な感情として定義したという[11]。つまり、自身が「理不尽・不公平な扱いを受けたと感じる時」、「屈辱を受けたと感じる時」、「自身の予定や欲求を阻害されたと感じる時」などの状況においてに生じる感情であり、根底には、自尊心や尊厳の傷つきがある。ただし、同じ個人、同じ状況であっても、「怒り」の感情に発展するか否かは様々な要因で変化する。個人の元々の性格や生活歴などが参考となるが、その時の身体状況、精神状態、おかれた環境などによっても「怒り」の閾値は変化する。現代社会において高齢者は、「人権や尊厳」に影響をおよぼす状況に置かれがちである。心身機能の低下のみならず、社会的役割を含めた様々な喪失を体験していることが心理的なゆとりを狭小化させ怒りの閾値を下げてしまっている可能性もある。

一方、怒りの閾値の低下は、このような心理的ゆとりの狭小化によるものだけではなく、加齢性の変化に伴う認知予備能の低下なども影響し得る。例えば、透析の継続による脳萎縮、特に前頭葉の委縮は自制力の低下とつながりやすいことから、長期間にわたって透析医療を受けることへのストレスに対する閾値は徐々に低下することも考えられ、怒りの発現にも関係し得る。

2）認知症者に見られやすい「怒り」 ～「怒り」を誘発しやすい BPSD ～

BPSD の中で「怒り」を誘発しやすい症状としては、妄想、幻覚、脱抑制（自制力低下）などが挙げられる。また、焦燥性興奮、不穏、攻撃性といった BPSD もまた、「怒り」と関連していることが多い。これらの症状がきっかけとなり、個々人の怒りの閾値を超えると怒りのスイッチが入ると考えられる（**図２**）[12]。先述の各認知症による BPSD の出現頻度を調査した報告では、妄想、幻覚、脱抑制のうち、妄想は AD および DLB、幻覚は DLB、脱抑制は FTLD で頻度が高いことが報告されている。また、BPSD には含まれないが、せん妄も「怒り」と関連する代表的な病態の一つであり、認知症の中では VaD および DLB で頻度が高いことが報告されている[13]。

（1）妄想

認知症で多く認められる妄想は、自分が他人から様々な被害を受けているという“被害妄想”と、人、場所、

物品などに対しての同定を妄想的に誤る“誤認妄想”に分類される。これらの妄想のうち、「怒り」に発展しやすい妄想はやはり被害妄想である。

（2）幻覚

幻覚は圧倒的にDLBに多く認められ、特に幻視の頻度が高い。「構築された、具体的な繰り返される幻視」が特徴であり、自分に危害を加えるといった内容の幻視を訴える場合もある。幻視が必ずしも「怒り」につながるわけではないが、その内容によっては激しい「怒り」につながることがある。

（3）脱抑制・自制力の低下

前頭側頭型認知症（Frontotemporal dementia: FTD）ないし行動障害型前頭側頭型認知症（Behavioral variant frontotemporal dementia: bvFTD）では、早期からの行動の脱抑制が認められ、暴力的になったり、不適切な場所での排泄、裸で外出する、万引きなど社会的に不適切な行動や、場にそぐわない言動、行動、思ったことをそのまま口にしてしまうなど社会的マナーや礼儀作法の欠如、衝動的で、軽率、不注意な行動などがみられる。問題となる行動への制止を促す介入に対して、容易に「怒り」が見られやすいが、予測が難しい突発的な「怒り」として現れることもある。

（4）性格変化・易怒性

認知症による元来の性格の鋭角化、あるいは性格変化によって、「怒りっぽさ」がみられやすくなることがある。

5.「怒り」がみられた際にまず考慮するべきこと

認知症者は身体症状のセルフマネジメントが苦手になることから、身体的不調が結果として放置されやすく、また、苦痛をうまく訴え援助を求めることが難しくなることが多い。そのため「怒り」がみられた場合、その背景には、身体的不調が隠れていることが多くある。また、内服薬などが「怒り」を含めた精神変調に影響していることもある。したがって、「怒り」の表出がみられた場合、身体状態および内服薬などの影響をまずはじめに必ず確認する必要がある。

6. 認知症の「怒り」にどのように対応するか

1）誰にでも起こりえる「怒り」をまず考慮する

一般的な「怒り」への対応に準ずると考えられる。この際、「認知症の人だから」といった色眼鏡で見るのではなく、一人の人として敬意をもって接することが基本であり、医療者として、認知症者の自尊心を低下させ人権や尊厳を侵害するような対応やコミュニケーションをとっていないかを常に自己モニターしながら接することを心がける必要がある。

2）せん妄の有無を評価する

認知症の存在は、せん妄の発症閾値に近づける要因（準備因子）が存在することを意味する。そのため、非認知症者と比較して、ごく些細な身体状態の変化や内服薬の影響を受けやすい。せん妄とBPSDでは基本的な対応は異なるため、せん妄が起きていないかを確認することは非常に重要である。

3）BPSDによって誘発された「怒り」への対応

（1）まず初めに検討すること

BPSD全般に共通するが、認知症の脳器質性変化に伴う生物学的要因、現在の状況（身体症状や内服薬、環境因子による苦痛、不快症状の存在）および元来の特性、これまでの生活歴、医療者や介護者の不適切な対応などが複雑に影響しあって症状がみられると考え、それぞれについて丁寧に評価し、対応する姿勢が大切である。特に、透析患者特有の心理的要因を含めての理解と対応が大切であり、透析医療に携わる多職種による多面的な視点からの検討が望まれる。

（2）認知機能に配慮したコミュニケーションの工夫

記憶の減衰の法則性を見出したRibot（Ribot,T. A.1839~1916）は、以下のことを指摘している。

①最近の事柄から記憶は減弱していく
②複雑な記憶は、単純な記憶より早く失われる
③知的に習得されたもののほうが、体験的なものより失われやすい
④感情的能力は知的能力よりもはるかにゆっくりと減弱する
⑤日常の慣習的なこと、長い間身に付いた習慣などは最後におかされる

①については比較的よく知られている内容であると思われるが、それ以外の内容は普段あまり意識されていないかもしれない。このような法則性を参考にすると認知症者とのコミュニケーションの組み立てには有用なことがある。特に注意したいのは、④の「感情的能力は知的能力よりもはるかにゆっくりと減弱する」といった点である。同じことを何度も聞かれたり、医療的ケアの妨げになる言動や行動がみられた場合には、医療者も感情的となり、つい言動や態度がきつくなったりすることがあるかもしれない。このような場合、認知症者には、医療者による大切な助言やケアよりも、「何か不快な思いをした（怒られた）」という不快な感情がより残りやすい可能性がある。透析中などにこのようなことが繰り返された場合、透析を継続して受けるという必要性や意味の“知的”な理解よりも、透析場面では“何かいやな思いをする（怒られる）”といっ

図 3：BPSD 評価シート（幻視を例に）

時間	先行する刺激	生じた行動	行動にかかわる環境や要因など	今後の対応の工夫
19:00	「誰もいませんよ」と伝えた	怒った	本人の訴えを否定した	言動を否定せずに安心させる声掛けを行う

表 1：怒りに関連する症状への抗精神病薬の使用

症状	薬物療法（抗精神病薬のみ）	エビデンスレベル	推奨グレード
焦燥性興奮	リスペリドン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬の有効性が示されている（チアプリドも検討してよい）	C(弱)	2（弱い推奨）
幻覚・妄想	リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬を検討する。	C(弱)	2（弱い推奨）
徘徊、性的逸脱行動、暴力、不穏	徘徊：リスペリドンを考慮してよい（ただし科学的根拠は不十分）。チアプリドは脳梗塞後遺症に伴う徘徊に保険適応を有しており、考慮してよい。 暴力，不穏：焦燥性興奮の治療に準じる	C(弱)	2（弱い推奨）
せん妄	クエチアピン、ペロスピロン、リスペリドン、オランザピンなどの非定型抗精神病薬による治療を考慮する。	C(弱)	2（弱い推奨）

エビデンスレベル：A: 強 , B: 中 ,C: 弱 , D: とても弱い

推奨グレード：1（強い）:「実施する」, または「実施しない」ことを推奨する

2（弱い）:「実施する」, または「実施しない」ことを提案する

日本神経学会監修、「認知症疾患診療ガイドライン 2017」作成委員会編集：認知症疾患診療ガイドライン 2017 より作成

た不快な“感情”が残ってしまい、悪循環となる可能性がある。実臨床の大変な現場では医療者にもゆとりがないことが多いが、このような点に注意して認知症者にとって心地よい“感情”が残るようなコミュニケーションの工夫を行うことも大切と考えられる。

（3）BPSD へのアプローチ

上記の（1）、（2）を踏まえて、「怒り」のきっかけとなっている BPSD へのアプローチが必要となる。BPSD に対しては、まず非薬物療法から行うことが原則でありこれは世界的に共通した考え方である。非薬物療法では様々な方法があるが、臨床現場で実践しやすい方法として応用行動分析的なアプローチがある。これは，行動が何らかの刺激 (きっかけ) によって形成されるという基本原理を応用することで行動を変容し改善を試みる方法である [14]**（図 3）**。どの症状が最も困るかを明らかにしてその症状を詳細に記述し、さらに行動に先行する原因（その行動を引き起こす状況や医療者のかかわり方など）とその結果（何により状況が改善あるいは悪化したか）の特定を行う。これらの情報をもとにケアプランを作成、実践し、その効果を評価し、必要な修正を行い、また実践するという過程を繰り返し行う。

非薬物療法による様々な対応や工夫を行っても症状の改善がみられない場合、特に、「怒り」に関連する要因となる、不穏、焦燥性興奮、攻撃性、幻覚、妄想などに対しては抗精神病薬による薬物療法を検討する余地が出てくる**（表 1）**[15]。ただし、BPSD の緊急性を評価し、①大うつ病の状態、②他者に危害を与える可能性が非常に高い妄想、③自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性、の 3 つの条件のうち、1 つでも該当した場合は、薬物療法が例外的に検討される状況ともされており [15]、今回のテーマである「怒り」と関連する可能性が高い②や③については、早期から薬物療法を検討する必要もあるかもしれない。このよう

表２：腎機能低下時に特に注意が必要な薬剤
－ BPSD に使用する可能性のある薬剤を中心に－

	透析性	禁忌
チアプリド	不明	
パリペリドン	×	禁忌
リスペリドン	×	
メマンチン	×	

な状況に対して用いられる可能性のある向精神薬のうち、腎機能低下時に注意が必要な薬剤を**表２**に示す。

一方、高齢認知症者に対する抗精神病薬の使用については、世界的に共通して慎重な検討が求められている。国内で行われた J-CATIA（Japan Consortium for Antipsychotics Treatment in Alzheimer's Disease）[16] においては、BPSD に対して新たに抗精神病薬を開始した群では、試験開始から 10 週の時点では死亡率がゼロであったのに対し、11-24 週の時点では 9.4％と非使用群の 1.9％に比べ有意に上昇しており、同期間における死亡の補正後オッズ比も 2.53（95％信頼区間 1.04-6.14）と有意に上昇していた結果が報告されている。この結果を踏まえ、抗精神病薬の開始や使用期間などについては慎重な検討が必要であり、特に、一度開始された抗精神病薬を漫然と使用し続けることは避けるべきである。また、認知症の中では特に DLB では抗精神病薬に対しての過敏反応を示す特徴があり、もし使用が必要な場合には副作用発現に十分注意する必要がある。

7. おわりに

認知症者に見られる BPSD の対応について、特に「怒り」に焦点を当てて、精神科医の立場から概説した。認知症に見られる怒りは、脳器質性変化に伴う要因だけで理解されがちであるが、器質性変化による症状としてのみで説明できるものではなく、腎機能障害に伴う様々な生活上の制約、透析治療による心理的ストレスなど多くの要因が症状の発現に影響する。また医療者の関わり方にも敏感に反応し、そのことが怒りの表出という形で現れることもある。このことを念頭に入れておくことは対応を考える上で非常に重要である。苦痛・不快となる身体症状や使用薬剤の評価と対応、環境調整、そして医療者自身の対応の振り返りなどをまず行ったうえで、それらに認知症特有の症状がどのように関与しているのかを考えていくことが大切である。一方、BPSD への対応が求められる医療者の負担は大きいことから、一人で抱え込まず困難感を共有し、チームでアプローチを行うことが大切であると考えられる。

文献

1） 日本透析学会 2020 年末の慢性透析患者に関する集計：https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2020/pdf/2020all.pdf
2） 認知症施策の動向について . 厚生労働省老健局総務課資料：ttps://www.scj.go.jp/ja/event/pdf2/200214-5.pdf
3） 春木繁一 . 透析患者とセルフケア　―精神医学の立場から―. 日本保健医療行動科学会年報 1989 ; 4: 109 － 121.
4） 第 8 章　認知症 . 日本透析医学会　2018 年末の慢性透析患者に関す集計：https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2018/pdf/08.pdf
5） 日本語版「認知機能低下および認知症のリスク低減 WHO ガイドライン」. 令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「海外認知症予防ガイドラインの整理に関する調査研究事業」・WHO ガイドライン『認知機能低下および認知症のリスク低減』邦訳検討委員会 .
6） 日本精神神経学会 監：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル . 東京 : 医学書院 , 2014; 282-286.
7） Hirono N, Mori E, Tanimukai S, et al. Distinctive neurobehavioral features among neurodegenerative dementias. J Neuropsychiatry Clin Neurosci.1999;. 11(4):498-503.
8） Kazui H, Yoshiyama K, Kanemoto H., et al. Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. PLoS One. 2016;11(8):e0161092.
9） Aalten P, Verhey FR, Boziki M, et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. Dement Geriatr Cogn Disord.2007;24(6):457-63.

10) Aalten P, Verhey FR, Boziki M, et al. Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer Disease Consortium. Part II. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008; 25(1):1-8.
11) 池田美恵（訳）, 田中美知太郎（編）. アリストテレス . 世界古典文学全集 16. 東京：筑摩書房 , 1966; 98-102.
12) 谷向　仁 . 怒り・衝動行為とその対応 . 臨床精神医学 . 2020. 49(12): 1943-1952.
13) Hasegawa N, Hashimoto M, Yuuki S, et al. Prevalence of delirium among outpatients with dementia. Int Psychogeriatr. 2013; 25(11):1877-1883.
14) Miltenberger, R. G. 2008 Behavior Modification: Principles and Procedures .（4nd eds.）California: Wadsworth, 2008; 5-7.
15) 日本神経学会監修、「認知症疾患診療ガイドライン 2017」作成委員会編集：認知症疾患診療ガイドライン 2017. 東京：医学書院 , 2017; 74-79, 83-85. 56-57.
16) Arai H, Nakamura Y, Taguchi M et al. J-CATIA Study Group. Mortality risk in current and new antipsychotic Alzheimer's disease users: Large scale Japanese study. Alzheimers Dement. 2016; 12(7):823-30.

日本サイコネフロロジー学会雑誌 1：8-14, 2022

CKDと神経認知障害：最近の知見

西村 勝治

Chronic kidney disease and neurocognitive disorders: recent topics

Katsuji Nishimura

要旨：慢性腎臓病、特に透析患者は認知症のハイリスクグループである。透析患者では認知症の有病率は一般人口の 1.4 倍である。障害される認知機能の領域は注意・集中、実行機能が中心であり、アドヒアランス低下と関連している。予防が重要であり、具体的には心血管系危険因子の管理、透析中の血行動態の安定化、うつ病・睡眠障害への対応、ポリファーマシーの回避、運動が挙げられる。加えて、適切なスクリーニングと早期治療に繋げる必要がある。認知症ケアの基本はパーソンセンタードケアであり、多職種による統合的ケアが求められる。早期から「人生会議」（advance care planning）の導入を考慮する等、長期的な視点で意思決定支援を行う。

Keyword 慢性腎臓病、人工透析、認知症、軽度認知障害

1. はじめに

2019 年におけるわが国の慢性透析患者の平均年齢は 69 歳、透析導入患者の平均年齢も 70 歳を超え、透析患者の高齢化が進んでいる。このことは、とりもなおさず、認知症の合併率の上昇を意味しており、透析医療における認知症対策は喫緊の課題となっている。

認知症は死亡率、入院率の上昇と関連しているが、医療安全上も大きな懸念が生じる。わが国のブラッドアクセス穿刺針の抜針事故の 7 割は認知症患者であった[1)]。家族や医療従事者の負担も大きい。

認知症の合併により、患者の意思決定やその表明に困難が生じ、維持血液透析の開始、継続を見合わせるか否かの意思決定に直面する機会も増えている。このような状況を受けて、日本透析医学会は 2014 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を示し、2020 年にその改訂版を発表し、「人生会議」（advance care planning: ACP）の必要性が強調されている。

本稿では、慢性腎臓病（chronic kidney disease: CKD）患者における神経認知障害（neurocognitive disorders）、すなわち認知症とその前段階である軽度認知機能障害（mild cognitive impairment: MCI）の疫学、病態、診断、管理について、最近の話題を論じる。

2. 疫学

CKD 患者の 10％～ 40% [2)]、血液透析患者の 30% ～ 60% [3)] に認知症と MCI のいずれかの神経認知障害（ここでは Mini-Mental State Examination［MMSE］が 24 点未満）がみられる。例えば 55 歳以上の透析患者 338 名のうち、37% に重度の認知障害がみられ、一般人口に比べて 3.5 倍の頻度だった[4)]。しかしながら、臨床上、

東京女子医科大学医学部精神医学講座
〒 162-8666 新宿区河田町 8-1
Tel: 03-3353-8111 Fax: 03-3351-8979 E-mail: nishimura.katsuji@twmu.ac.jp

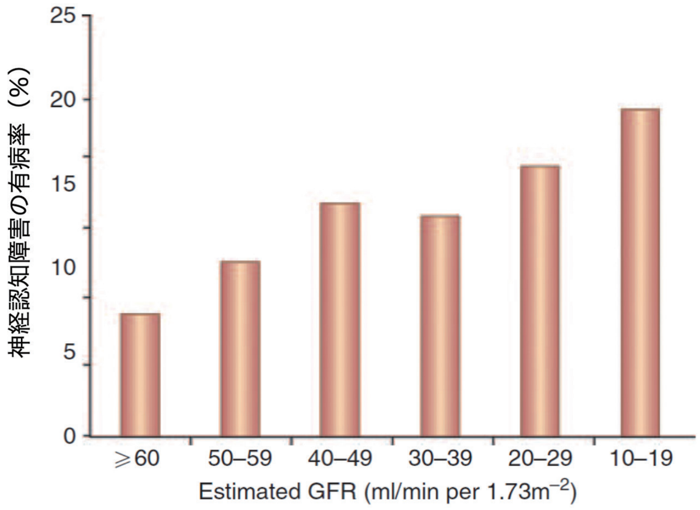
表１：透析導入後の認知症累積発症率　　（文献６より作成）

	累積発症率（1年間）	累積発症率（5年間）
認知症		
男	3.7%	13%
女	4.6%	16%
アルツハイマー病		
男	0.4%	2.0%
女	0.6%	2.6%

US Renal Data System (n = 356,668; 66歳以上)

図１：推定糸球体濾過率（eGFR）と神経認知障害（認知症および軽度認知障害）の有病率

（文献８より引用改変）



非常に多くの軽症の認知症や MCI が見逃されていることが指摘されている[5)]。

米国腎データシステム（35 万人超）に基づく調査（**表1**）によると、透析導入後の認知症発症率は、透析導入１年後で女性 4.6%、男性 3.7% であり、透析導入５年後では女性 16%、男性 13% に上った。透析導入後のアルツハイマー病の発症率（新規の診断率）は導入１年後で女性 0.6%、男性 0.4% であり、透析導入５年後で女性 2.6%、男性 2.0% だった[6)]。認知症の危険因子は、86 歳以上の超高齢、黒人、女性、入院が挙げられた。また、認知症を発症した透析患者の死亡リスクは認知症を発症しなかった患者の 2.1 倍だった[6)]。

CKD 患者５万人超の認知機能に関する横断研究・縦断研究のメタ解析によると、CKD 患者は非 CKD 患者と比較して認知機能が低下している割合が高く、CKD は認知症発症の独立した危険因子であった[7)]。MMSE は血液透析を受けている患者では平均 27.1 点であり、一般人口（平均 28.1 点）に比べておよそ１点低かった。末期腎不全に至る前から CKD 患者は早期に認知機能低下が始まり、推定糸球体濾過率（eGFR）が低い患者ほど、重症化することが知られている[8)]（**図１**）。

3. 透析患者における認知機能低下プロフィール

透析患者において特に障害される認知機能領域は見当識と注意であり、透析を受けていない CKD stage 5 患者ではいっそうこの機能が低下することから、見当識と注意は腎不全患者において特徴的に障害される認知機能領域と考えられている[9)]。これらの見当識と注意の障害は透析患者のヘルスリテラシーの低下、アドヒアランスを含む健康関連行動の低下と関連することが指摘されている[10)]。

一方、通常の老化において最も障害される認知機能領域は記憶と遂行機能であり、アルツハイマー型認知症では記憶である。このため、腎不全患者における認知症の病態生理は通常の老化やアルツハイマー型認知症とは異なる可能性が示唆されている。例えば、腎移

図２：CKD 患者の神経認知障害の発症メカニズム　（文献 2、12 を参考に作成）

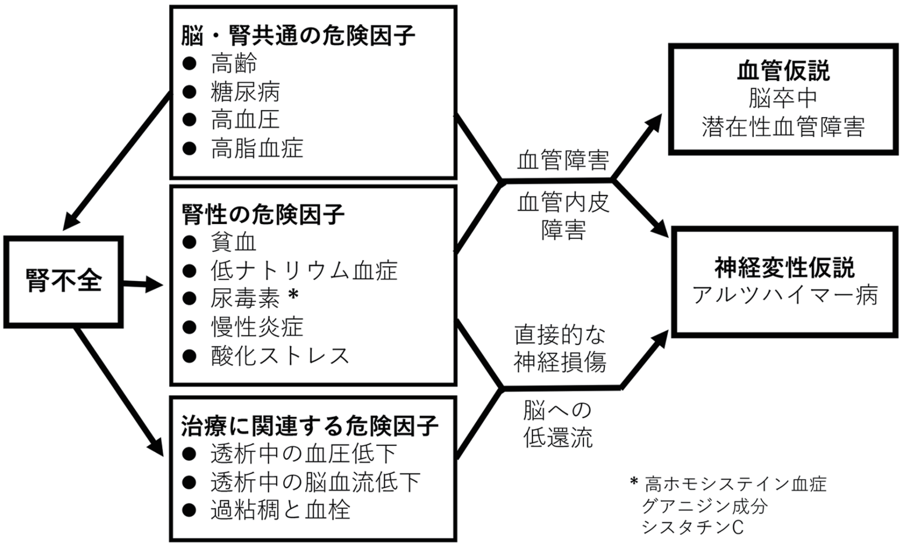
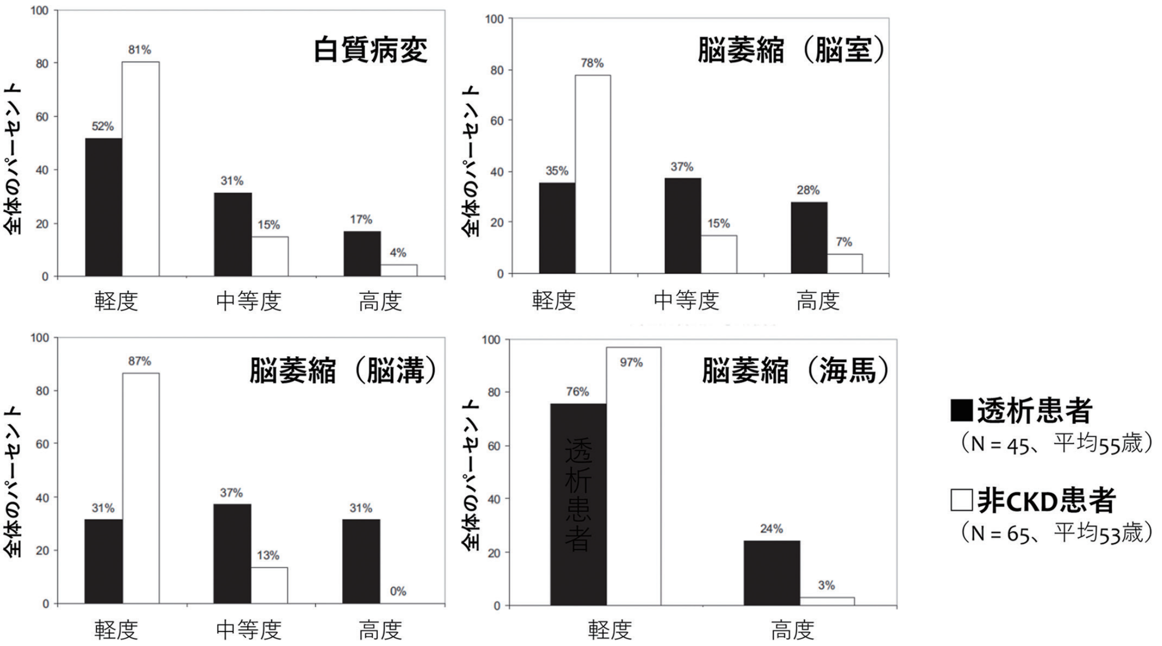


図３：透析患者における脳の形態学的変化　（文献 13 より引用改変）



植によって認知機能（特に見当識と注意、記憶、構成と運動機能）が改善することから、腎不全患者の認知障害の一部は可逆性である[11]。

4. 病態生理と予防

CKD 患者における神経認知障害の発症メカニズムを**図２**に示す[2, 12]。従来、CKD 患者の認知症の特徴として、脳・腎共通の古典的危険因子である高齢、高血圧、脂質異常、糖尿病と関連して高頻度に発症する小血管型の脳血管障害の影響が大きいことが指摘されてきた。こうした血管性の変化は白質病変などとして形態学的にも変化をきたす[13]（**図３**）。

近年、CKD の進行に伴って出現する貧血、尿毒素（高ホモシステイン血症、グアニジン成分、シスタチン C）、慢性炎症、酸化ストレスなども血管内皮障害を介して脳血管障害の発症を促進し、さらに同時にアルツハイマー病の神経変性をも促進することが知られるようになった[3]。

CKD の治療関連危険因子として、透析中の血圧低下、不安定な血行動態は神経細胞に傷害を与える。高齢者では透析中に血圧低下によって脳血流量が平均 10% 低下し（**図４**）、これには透析液温度の高さ、除水の速度、量の大きさが関係し[14]、１年後の実行機能低下とも関

図４：血液透析中の脳血流量の変化　　（文献 14 より引用改変）

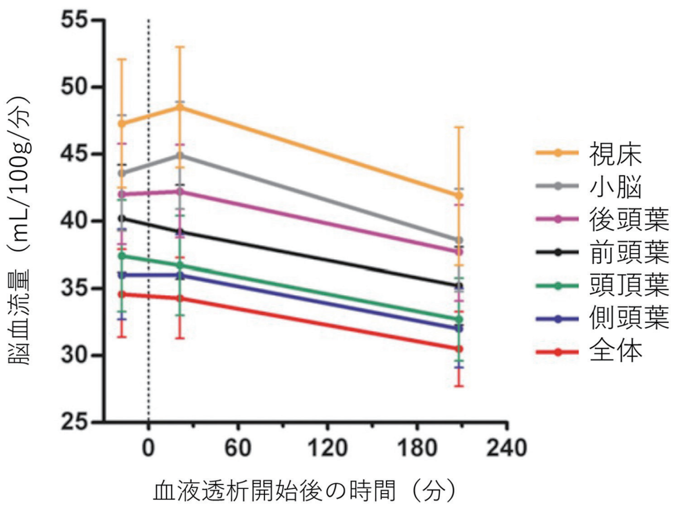


表２：CKD 患者における認知症の予防的介入　（文献 2 より引用改変）

1. 心血管系危険因子の管理
2. 血圧管理
3. 透析中の血行動態の安定化（透析液の冷却を含む）
4. 腎移植
5. うつ病の治療
6. 睡眠衛生の改善
7. 認知トレーニング
8. 鎮静系薬剤、ポリファーマシーの回避
9. 運動

連していた [15]。ヘパリンなどの抗凝固薬の使用によって引き起こされうる脳の微小出血も認知機能低下に関与しているかもしれない [2]。

腎代替療法の種類も認知機能に影響する [16]。近年、腎移植によって脳血流が改善し [17]、認知機能も改善することが相次いで報告されている。認知機能のうち、特に記憶と実行機能が改善し、これらの認知機能に相応する脳梁、前頭葉白質における微細な虚血性脳傷害が改善したことが報告された [18]。透析のモダリティでは、血液透析に比べて、腹膜透析患者の方が認知機能低下や認知症の発症リスクが低いことが示唆されている [19]。

その他、うつ病、睡眠障害、ポリファーマシー、特にベンゾジアゼピン系薬剤などの向精神薬、抗コリン剤、ヒスタミン H2 遮断薬、抗パーキンソン薬、制吐薬、ステロイドなどは認知機能低下を引き起こす [20]。

CKD 患者の認知症予防には、上記の病態生理に関連する因子を標的にした介入が行われる [2]（**表２**）。

５. 診断

一般に神経認知障害のスクリーニングとして用いられるツールとして、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（Revised Hasegawa's Dementia Scale: HDS-R）（所要時間６～10分）、Mini Mental State Examination（MMSE）（所要時間６～10分）がある。MCI のスクリーニングには Montreal Cognitive Assessment（MoCA）（10分）などが用いられる。MoCA は記憶ばかりでなく、視空間・遂行機能、命名、注意力、復唱、語想起、抽象概念、遅延再生、見当識からなる。CKD 患者にもこれらのスクリーニング・ツールが用いられるが、現在のところ、特に推奨されるツールはない [2]。

治療可能な認知症の鑑別を十分行うことが、診断上重要である。治療可能な認知症は尿毒症、電解質異常（低ナトリウム血症）、ビタミン B12・葉酸欠乏症、内分泌疾患、てんかん、特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、神経梅毒などによって引き起こされる。以上の鑑別診断を十分に行った上で、認知症そのものの鑑別診断（ア

表３：CKD 患者の認知症ケアの基本戦略　（文献２より引用改変）

1. 頻回のフォローアップ
2. 臨床工学技士、管理栄養士、看護師、医師などの多職種による統合的ケア
3. 書面による指示
4. 薬物治療の支援（ピルカウントなど）
5. 家族を含めたケア、教育、意思決定
6. 人生会議（advance care planning: ACP）

ルツハイマー型、前頭側頭型、レビー小体型、血管性など）を行う。

６. 管理

１. 基本戦略

認知症を合併したCKD 患者に対するケアの基本戦略を**表３**にまとめた[2)]。多職種チームによる介入が不可欠であり、臨床工学技士、管理栄養士、看護師、医師が職能に応じたさまざまなケアを統合的に提供する。記憶障害に伴うアドヒアランス低下に対する支援として、書面による説明や指示、ピルカウントなどの服薬支援などがある。これらに並行して、患者・家族の意思決定を支えるかかわりも必要であり、早期からのACP の導入などがこれに含まれる。

薬物療法、非薬物療法の標的は大きく分けて２つあり、認知症の中核症状と認知症の行動・心理症状（Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）である。認知症の中核症状とは、脳の病変から直接的に引き起こされる症状であり、記憶障害、実行機能障害、失認、失行、失語などである。BPSD は中核症状が本来の性格、本人を取り巻く環境などと相互作用して二次的に生じる症状であり、妄想、幻覚、睡眠障害、抑うつ、不安・焦燥などの精神症状のほか、食行動異常、徘徊、暴言・暴力・攻撃性、介護抵抗などの行動異常がみられる。

２. 薬物療法

a. 中核症状

抗認知症薬が用いられる。本邦では、コリンエステラーゼ阻害薬（cholinesterase inhibitor: ChEI）であるドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、NMDA 受容体拮抗薬（N-methyl-D-aspartate［NMDA］receptor antagonist）であるメマンチンの４種類が使用されている。アルツハイマー型認知症に対しては４剤のいずれもが強く推奨されており、本邦ではいずれの薬剤も保険適応を有している。血管性認知症に対してはいずれも有効性を示す報告があるが、本邦ではいずれの薬剤も保険適応外である。レビー小体型認知症に対しては本邦ではドネペジルのみが保険適応を有している。

CKD 患者に使用する場合、留意しなければならないのは、腎排泄型であるガランタミンとメマンチンである。高度の腎機能障害のある患者に対して、ガランタミンは治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用を避け、メマンチンは投与量を半減とする（添付文書）。

b. 認知症の行動・心理症状（BPSD）

症状に応じて、さまざまな向精神薬が対象的に用いられる。幻覚、妄想、焦燥、攻撃性には抗精神病薬や気分安定薬、抑うつやアパシーには抗うつ薬、不安や緊張には抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ薬などが使用される[21)]。

CKD 患者の場合、腎排泄性の薬剤 (スルピリド、チアプリド、リスペリドンなど) を避ける、あるいは投与量を調整する必要があることは言うまでもない。

３. 非薬物療法

認知刺激など、認知機能に働きかける非薬物療法[22)]や運動療法[23)]は、中核症状に対して有効である。BPSD に対しては、まず十分に非薬物療法を行い、効果が不十分であるときに薬物療法を開始することが推奨されている。介護者による非薬物療法は、抗精神病薬による薬物療法と少なくとも同等の効果があり、介護者の負担を軽減する[24)]。

認知症ケアの基本はその人らしさを尊重するパーソンセンタードケアである。ケアギバーがパーソンセンタードケアを学び、認知症患者と適切に会話するスキルを学習することによって患者の焦燥や興奮を軽減することができる[25)]。その他、グループ活動、音楽療法、マッサージなどが有効とされている。

透析患者においては、運動が認知機能低下の予防に有用であることが示唆されている[26)]。運動以外の非薬物療法のCKD 患者、透析患者における有用性については今度の検討課題である。

7. おわりに

CKD患者は認知症のハイリスクグループである。このため、認知症の予防、適切なスクリーニングと早期治療、発症した認知症に対する治療とケアが求められている。その際、早期からACP導入を考慮するなど、長期的な観点から多職種チームによる統合的なケアが不可欠である。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文献

1) 篠田俊雄、秋沢忠男、栗原玲、他：平成25年度日本透析医会透析医療事故調査報告．日透医誌 2015;30:60-67.
2) Drew DA, Weiner DE, Sarnak MJ: Cognitive Impairment in CKD: Pathophysiology, Management, and Prevention. Am J Kidney Dis 2019;74:782-790.
3) Bugnicourt JM, Godefroy O, Chillon JM, Choukroun G, Massy ZA: Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis. J Am Soc Nephrol 2013;24:353-363.
4) Murray AM, Tupper DE, Knopman DS, Gilbertson DT, Pederson SL, Li S, Smith GE, Hochhalter AK, Collins AJ, Kane RL: Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. Neurology 2006;67:216-223.
5) McQuillan R, Jassal SV: Neuropsychiatric complications of chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol 2010;6:471-479.
6) McAdams-DeMarco MA, Daubresse M, Bae S, Gross AL, Carlson MC, Segev DL: Dementia, Alzheimer’s Disease, and Mortality after Hemodialysis Initiation. Clin J Am Soc Nephrol 2018;13:1339-1347.
7) Etgen T, Chonchol M, Forstl H, Sander D: Chronic kidney disease and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. Am J Nephrol 2012;35:474-482.
8) Kurella Tamura M, Wadley V, Yaffe K, McClure LA, Howard G, Go R, Allman RM, Warnock DG, McClellan W: Kidney function and cognitive impairment in US adults: the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. Am J Kidney Dis 2008;52:227-234.
9) O’Lone E, Connors M, Masson P, Wu S, Kelly PJ, Gillespie D, Parker D, Whiteley W, Strippoli GF, Palmer SC, Craig JC, Webster AC: Cognition in People With End-Stage Kidney Disease Treated With Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Kidney Dis 2016;67:925-935.
10) Wolf MS, Curtis LM, Wilson EA, Revelle W, Waite KR, Smith SG, Weintraub S, Borosh B, Rapp DN, Park DC, Deary IC, Baker DW: Literacy, cognitive function, and health: results of the LitCog study. J Gen Intern Med 2012;27:1300-1307.
11) Masson P, Wu S, Duthie F, Palmer S, Strippoli G, Whiteley W, Webster A: Cognition in Kidney Transplant Recipients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Transplantation 2014;98:845-846.
12) Kurella Tamura M, Yaffe K: Dementia and cognitive impairment in ESRD: diagnostic and therapeutic strategies. Kidney Int 2011;79:14-22.
13) Drew DA, Bhadelia R, Tighiouart H, Novak V, Scott TM, Lou KV, Shaffi K, Weiner DE, Sarnak MJ: Anatomic brain disease in hemodialysis patients: a cross-sectional study. Am J Kidney Dis 2013;61:271-278.
14) Polinder-Bos HA, Garcia DV, Kuipers J, Elting JWJ, Aries MJH, Krijnen WP, Groen H, Willemsen ATM, van Laar PJ, Strijkert F, Luurtsema G, Slart RHJA, Westerhuis R, Gansevoort RT, Gaillard CAJM, Franssen CFM: Hemodialysis Induces an Acute Decline in Cerebral Blood Flow in Elderly Patients. J Am Soc Nephrol 2018;29:1317-1325.
15) MacEwen C, Sutherland S, Daly J, Pugh C, Tarassenko L: Relationship between Hypotension and Cerebral Ischemia during Hemodialysis. J Am Soc Nephrol 2017;28:2511-2520.
16) Vanderlinden JA, Ross-White A, Holden R, Shamseddin MK, Day A, Boyd JG: Quantifying cognitive dysfunction across the spectrum of end-stage kidney disease: A systematic review and meta-analysis. Nephrology (Carlton) 2019;24:5-16.
17) Lepping RJ, Montgomery RN, Sharma P, Mahnken JD, Vidoni ED, Choi IY, Sarnak MJ, Brooks WM, Burns JM, Gupta A: Normalization of Cerebral Blood Flow, Neurochemicals, and White Matter Integrity after Kidney Transplantation. J Am Soc Nephrol 2021;32:177-187.
18) Gupta A, Lepping RJ, Yu ASL, Perea RD, Honea RA, Johnson DK, Brooks WM, Burns JM: Cognitive Function and White Matter Changes Associated with Renal Transplantation. Am J Nephrol 2016;43:50-57.
19) Tian X, Guo X, Xia X, Yu H, Li X, Jiang A: The comparison of cognitive function and risk of dementia in CKD patients under peritoneal dialysis

and hemodialysis: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019;98:e14390.
20) Agganis BT, Weiner DE, Giang LM, Scott T, Tighiouart H, Griffith JL, Sarnak MJ: Depression and cognitive function in maintenance hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2010;56:704-712.
21) 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, 2016,
22) Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M: Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Db Syst Rev 2012
23) Demurtas J, Schoene D, Torbahn G, Marengoni A, Grande G, Zou L, Petrovic M, Maggi S, Cesari M, Lamb S, Soysal P, Kemmler W, Sieber C, Mueller C, Shenkin SD, Schwingshackl L, Smith LP, Veronese N, European Society of Geriatric Medicine Special Interest Group in Systematic R, Meta-Analyses FS, Dementia: Physical Activity and Exercise in Mild Cognitive Impairment and Dementia: An Umbrella Review of Intervention and Observational Studies. J Am Med Dir Assoc 2020;21:1415-1422 e1416.
24) Brodaty H, Arasaratnam C: Meta-analysis of non-pharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. The American journal of psychiatry 2012;169:946-953.
25) Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, Omar RZ, Katona C, Cooper C: Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2014;205:436-442.
26) Chu NM, McAdams-DeMarco MA: Exercise and cognitive function in patients with end-stage kidney disease. Semin Dial 2019;32:283-290.

透析今昔物語 ～やっぱ好きやねん透析看護～

今西 伸子

Dialysis Care Story Now and Then ～ I always like Dialysis Care ～

Nobuko Imanishi

要旨：透析看護師のストレスの要因として、ワンフロアという独特の環境、機械操作、穿刺、エンドレスケア、単調な繰り返しなどがある。

40年前、私は新卒で透析室に配属された。当時は、看護師が透析液を作り、手作業が多く、回路内のエア混入、器械の故障、患者の血圧低下などの対応に追われ、患者さんと向き合う時間が少なかった。また、透析医療が次々進歩し変化していく時代であり、知識や情報が追い付かないという不安もあった。現在は、臨床工学技士の加入・器械の進化などで看護に費やせる時間が増えてきた。

しかし、透析患者の長期化、高齢化や糖尿病患者が増えたことで、多種多様の治療、看護、介護の対応が求められるようになった。また、患者からのクレームやセクハラもあり、対応に苦慮することもある。

クレーム対応について考えるとともに、様々なストレスがありながら、それでも透析看護を続けている看護師たちのその理由について述べたい。

Keyword　ストレス、クレーム対応、透析看護

1. 緒言

昨今の透析装置の発展は著しくIT化も進み、機器の操作は安全かつ効率的になった。

私が透析室で働き始めた40年前は、臨床工学技士がおらず、機器の操作も記録も手作業で、患者の急激な病状変化の対応に追われ、本当にしたい看護とは何かという葛藤があった。

また、医療施設間の連携も十分ではなく、情報や知識を得る機会が乏しいという不安もあった。

現在は、臨床工学技士の加入と器械の進歩により、看護に費やす時間は増えてきた。

しかし、患者からのクレームや暴言に疲弊する場面もあり、その対応について考えてみた。

また、透析患者の長期化、高齢化[1]により多様の治療、看護、介護が求められるようになり多職種との連携が不可欠となってきた。

時代を経ても、患者の生涯に渡る透析生活を支える看護師は、大きな壁や課題があり、様々なストレス[2]を抱えている。それでも透析看護を続けている看護師のその理由を知り、明日への糧にしてほしい。

2. 1980年代の透析

現在の透析との一番の違いは、臨床工学技士がいないということと、器械の操作のほとんどが手動であったことである。

当時はコイルが主流であり、透析液の作成や、コンソール一台ずつの浸透圧と電導度測定を行い、それ以外にも高Na液の作成や、現代とは回路も手順も違い、複雑で手間がかかるHDFやHFの操作、緊急採血の検査も全て看護師が行っていた。いわゆる透析のオール

医療法人柏友会　柏友クリニック　透析室
584-0086　大阪府富田林市津々山台3-1-7
Tel:（0721）28-0015　Fax:（0721）28-1300
E-mail: imanishinonnon@yahoo.co.jp

表１：1980 年代の透析看護師のストレス

- ワンフロアの独特な環境
- 器械操作
- エンドレスケア
- 単調な繰り返し　マンネリ
- 専門性が高い
- 「透析」という言葉さえ知られていない時代
- 業務に追われて、患者と向き合う時間がない
- インターネットなどもなく知識や情報の変化に追いつけない
- 学会や勉強会なども少なく他の施設との連携が十分ではなかった

表２：現代の透析看護師のストレス

- ワンフロアの独特な環境・器械操作
- 器械操作
- エンドレスケア
- 単調な繰り返し　マンネリ
- 専門性が高い

ラウンドプレーヤーだった。

除水計算は電卓で行い、クレンメによる限外濾過は不安定で、アセテート液だったこともあり、透析中の血圧低下、嘔吐、ショックが多く見られた。生食補液をする際も、気泡検出器がなかったため、エア混入も起きていた。

また、器械の故障やコイル・ダイアライザーのリークがあり、抗凝固剤は器械と連動していないためスイッチを入れ忘れる、などのインシデントも見られた。
その他、腎不全以外にも他科からの依頼で、血小板減少性紫斑病に対するプラズマアフェレーシス、白血病、劇症肝炎に対する活性炭吸着、農薬自殺未遂などの対応もあり、幅広い知識を求められた。

1980 年の全国の透析患者総数は 36,397 名で、患者は毎回のように起きる血圧低下や嘔気嘔吐で辛い透析をしており、無事に透析を終えることが最優先され、現代のような暴言暴力や無理な要求は少なかった。

[当時の透析看護師のストレス]

穿刺は医師が行っていたため、穿刺によるストレスはなかった。

看護師が感じていたストレスの要因は**表１**に示す。

３. 現代の透析

1988 年に臨床工学技士が加入し、分業することで、仕事を分担して専門化することができるようになった。

また、器械などの技術の進歩により作業はオートメーション化され、フットケアなどの看護に費やす時間が増えた。

現代は、透析中は副作用に苦しむことも少なくなり、穏やかに過ごすことができるようになったが、2020 年度、全国の透析患者総数は 347,671 名に増え、原疾患は糖尿病性腎症が１位を占めるようになり、透析患者の高齢化とともに多職種での治療、介護などが求められるようになった。

[現代の看護師のストレス]

現代の透析看護師のストレスの理由は、**表２**に示す通り 40 年前と変わらないが、穿刺や関わり方が難しい患者が増えてきた、というようなストレスも加わった。

透析看護師を辞めた人の理由

- １日でやめた…立ちっぱなしで翌朝起きられなかった
- ワンフロアで、スタッフだけではなく、患者からの視線に耐えられない
- 続けたかったのに、他の部署に異動になった
- 器械操作が苦手
- ベルトコンベアに乗せられたように同じことの繰り返し
- 多職種との乖離
- 暗い
- 専門性の高さより、広い知識を身に着けたい

表３：Ｄ言葉とＳ言葉

言い訳のＤ言葉	誠意のＳ言葉
だから でも だって	失礼しました すみません 承知しました

・セクシャルハラスメント　パワーハラスメント
・クレーム
というものがある。

4. 辞めた理由の中から「クレーム」を取り上げ、対応の糸口を見出してみる

① 透析室でのクレームにはどんなものがあるか？
・穿刺ミス
・透析開始（穿刺）の順番を飛ばした
・コンソールなどの機器トラブル
・除水設定ミス　除水計算ミス　機器操作ミス
・空調（暑い・寒い）
・検査などの日にち、時間の伝え間違い
・スタッフの知識不足
・騒音（私語、足音など）　言葉遣い
・慣れ　甘え　緊張感の低下
・病に対する不安が形を変えてクレームに繋がることもある
② なぜ患者は怒ったのか？

起こった事柄（ミス）より、そのあとのスタッフの態度に対して怒られることが多い。

患者からは「言い方が悪い」と言われ、それによって怒りを助長させてしまうことがある。

ミスを誰か（何か）のせいにする、言い訳が多い、正当性だけを主張する、という態度も相手に不快感を与えてしまう。

援川[3]は、次のように、不用意に使うと相手をヒートアップさせてしまう言葉と、それに代わる言葉を紹介しているので**表３**に示す。

D 言葉は聞いていて気持ちのいいものではない。こちらが「些細な事」「冗談のつもり」と思っても、相手には大きな傷になることがある。

看護師は、プロである。痛い思い、迷惑をかけたこと、不快な思いをさせたことに対して、素直にＳ言葉で相手の感情を受け止めて対応してほしい。

例えば穿刺を失敗した時、
・血管が悪いから
・スランプかな
・相性が悪い
・今日の運勢が悪かった
・「ごめんねー」
・針の切れが悪い

などと言うのはもっての外であり、自分ならどう感じるか、と考えて「痛い思いをさせてすみません。」と誠意をもって言ってほしい。

「クレーム」は、“リクエスト”という言い方をするところもある。クレームは決して嬉しいものではないが、「御指摘いただき、ありがとうございます。」と言えるくらいの余裕を持ちたいものである。

③ クレームを助長させない

小さい火を大きくしない。初期対応が大事。
・何に対して怒っているのか、誠意をもって冷静に傾聴する。
・相手の言ったことを「こういうことですね」と反復して、事実を正確に把握する。
・言葉使いに注意する。つられて大声を出さない。（感情的にならない）
・威圧的な言い方をしない。
・共感しながら、解決策を考える。
・理にかなったクレームには、迅速で真摯な対応を。（放置しない）
・理不尽な要求に対して、その人だけの特別ルールを作らない。（一つでも忘れた時にクレームに繋がる）
・これ以上はできないという基準を決めておく。
・できないことは、その理由をわかりやすく伝える。

振り上げてしまった拳は、下ろしにくいものである。

経験上、「大声を出さないで」「落ち着いてください」「決まりですから」という言葉は、却って興奮させてしまう事があるので、大声を出した相手が、気まずい思いをせずにゆっくりその拳を下ろせるよう、穏やかに話を聞いてほしい。

④ しかし、理不尽なクレームに、辛い思いをしているスタッフもおり、「謝ってばかりはおかしい」と言われることもある。

誠意をもって対応していても、暴言・暴力が度を越して、理不尽な要求、脅し、触法的な行為、業務や診療に支障をきたす、他の患者に迷惑がかかる、スタッフが疲弊し「仕事を辞めたい」ということまで広がるのなら、施設全体で冷静に、断固とした対応を考える。

表４：私が選ぶお助け本

・頑張らなくてもいいんだよ[4] 「互いの弱みは補い合い、強みを活かしながら協働する。 そうすることで個人もチームも共に成長できます。」
・病院というへんてこな場所が教えてくれたこと[5] 「私はこの病院と言う場所で、人と向き合っていく一瞬一瞬の愛しさを教えてもらった。私　看護師になってよかった」
・たぶんそいつ、今ごろパフェとか食ってるよ。[6] 「嫌な言葉は呪文だから、気にしなければその魔法は効かない」
・あなたの患者になりたい[7] 「プロとアマの違いは、仕事に対する責任感とプライド」
・折れやすい部下の叱り方[8] 「不満を並べている部下は、アドバイスを求めてなどいない。 部下はまずは聞き手の同意がほしいのです。」

維持透析を開始される時、事前に同意書を取っておくことも大切である。

ただし、認知症、脳梗塞の高次後遺症による易怒性、精神疾患などによる不穏状態、威嚇などもあり、専門医に相談することも必要になる場合もある。

⑤ スタッフを守る

患者が怒ったとき、スタッフを一人にしない。

大人数で行くと、却ってヒートアップすることがあるので、できればその患者と関係性の良いスタッフが、一緒に対応することが望ましい。

一緒にいることで、心強いだけではなく、相手とのやり取りを見て、記録することができ、クレームの原因について振り返ることができる。

クレームや暴言などがあった時、事の経緯を記録しておくことが大事である。

管理者が出ていく必要がある場合、事実を把握してから、時と場所を考えて対応する。

当事者が、しばらくその患者さんから離れることが必要なら、シフトの調整を考える。

⑥ スタッフ同士「パワーハラスメント」

スタッフのミスを見つけた時、そのミスを指摘しても、責め立てないこと。

ミスを発見したらすぐに対処して、患者に迷惑をかけないことが先決。

大切なのは、スタッフを責めることではなく、ミスを繰り返さないために、なぜそうなったのかを考えること。

スタッフ同士が高め合える環境、助け合える雰囲気であれば、クレームも減るのではないか。

また、頂いたクレームを活かし、患者に不安や不信感を持たれないよう、日頃から「自分の家族だったら」と、相手の立場に立って考えることが大切である。

患者もスタッフも辛い思いをしないよう、居心地のいい職場でありますように。

⑦ 新型コロナ対策

コロナ禍で、患者から「なんでマスクせなあかんねん、うっとうしい」熱発で個室透析になった時、「そんなとこ入るの嫌や。コロナうつるやんか！ばい菌扱いしやがって。」「寒いのになんで窓開けるんや！風邪ひいたら訴えたるからな」と、色んな場面で、怒られたり怒鳴られたり理解と協力を得られず、何と戦っているのか…と心折れる日々だった。

そんな中、一人の患者から「看護師さん、大変ね。私たちのことはいいから、何かあったら逃げていいのよ。無理しないで。看護師さんにも家族がいるでしょ。犠牲にならなくていいのよ。」と言われた。思わず「逃げません。みんなと笑える日までここにいます。」と答えた。

患者に励まされ、仲間と共感しあうことで前に進んできた。

⑧ **表４**に心が折れてしまいそうな時に、私が選ぶお助け本をその一文と共に紹介する。

５. 現代の透析看護の状況と問題

透析患者の長期化、高齢化、糖尿病性腎症の増加により合併症、アクセス不良が多くなり、多様の治療、看護、介護が求められる。

ケアマネージャーや訪問看護師との連携も多くなり、患者の家庭環境もよく分かるようになってきた。

しかし、無床のクリニックでは、長く見てきた患者の最期を看取ることができない。

（療養病棟へ転院、遠方の子供に引き取られる。基幹病院に入院したまま帰れない、など）

入院先から帰ってきたとき、「おかえり」と言って迎えていたが、それも言えないことがある。

【症例】70 歳代男性　透析歴 35 年（当院 20 年）

【既往歴】シャント PTA20 回　再建１回　大動脈弁置換術　脊柱管狭窄症　潰瘍性大腸炎　右下腿切断

【経過】左下肢潰瘍の治療のために専門病院に入院したが、入院半月後に腸炎による消化管出血があり絶食となる。

１か月後、退院調整中に胆嚢炎による熱発のため、ADL は低下した。

２か月後、本人の「少しでもいいから自宅に帰りたい」と言う思いに、家族も「帰らせてあげたい」と強く望み、入院先の相談室とケアマネージャーが、看取りも含めて在宅に戻れるよう調整を開始するが、住宅環境などの問題があり難航した。私たちは、相談室からの電話相談には応じるが、何もできず帰ってきたときのベッドを開けて待つだけだった。

３か月後、熱発あり体力低下。

４か月後、手を尽くして下さったが、入院のまま家族に見守られて永眠となった。

私たちは、それまで、患者の長い透析の合併症との闘いに寄り添って、家族のように見守ってきた。亡くなられたと聞いた時、スタッフからは「寂しいなあ」「長い間お疲れ様でした」「悔しい」という声が聞かれた。送り出す前にちゃんと寄り添えていただろうか？という思いも残り、日頃から悔いのない看護を心がけておきたいと痛感した。

6.［サイコ女子］出会いと活動

2018 年、サイコネフロロジー学会で看護セッションが設けられ、全国各地の透析看護師の中で、この学会に強い関心を持つ看護師が集まり、「サイコ女子」というチームができた。

メンバーは、長く透析看護に携わって様々な経験を積んでおり、ほとんどが管理職である。2021 年 10 月、その 16 名のメンバーに、次の２点について記述式のアンケートを行った。

1. 透析看護師を辞めたいと思った時はどのような時か？

「長くなると仕事量が増えたり、管理の方を任されて、自分のやりたい看護ができなくなる」「必要とされている実感がないとき」「医者が何もしてくれない」「看護師を辞めて、違う人生を楽しんでみたい」「ナース歴 20 年以上のスタッフばかりで、淡々と業務をこなす風土があった。患者さん個々に関わりたくてもできず、心を病んで転職した」「自分が無力や不甲斐なさを感じるとき。」

2. それでも辞めずに続けてきた理由

「患者さんのサポーターとして必要とされること。無くてはならない存在となれることが、唯一無二の喜びだと感じる」「プリセプターや、若いスタッフの成長した姿を見て、まだまだ頑張らなくては、と思う」「自分が実践している看護が患者さんに受け入れられ、感謝されたり、治療に前向きに臨んでもらえた時大きな喜びを感じる」

「患者さんや家族からの『ありがとう』や労いの言葉や手紙」「全国の仲間で語り、笑い、愚痴を聞いてもらうことでモチベーションが上がって、また頑張ろうと思える。」

7. まとめ

・透析室には、医師、新人スタッフ、ベテランスタッフ、助手、管理栄養士など多職種がいる。職種や経験が違っても「患者のために」という思いが同じなら協働できる。

・理不尽なクレームや、心ない言葉に傷つくスタッフもいる。職場の繋がりや連携を強めて、クレームに対応できる環境を構築しておきたい。

・患者からの言葉や笑顔に救われて、学会などで知り合った仲間に力をもらうことで、また頑張れる。

8. おわりに

透析患者の長期化、高齢化により、終末期の看護や家族への支援も大きな課題となる。

当院の場合、基幹病院に運ばれて最期を迎えることが多い。

送り出す側として、長く見てきたからこそわかる患者と家族の思いに寄り添い、日頃から悔いが残らないよう、やるだけのことはやったと思える看護を続けていきたい。

そういう思いで、個々に合わせた看護を考えていれば、決してマンネリとかベルトコンベアとは思わないはずである。

「透析」って、ただ回すだけじゃない、ですよね。

倫理的配慮：個人が特定されないよう配慮した。

利益相反：なし

文献

1） 平野道枝 , 後藤浩也 , 内田順子 , 他 . 透析室と介護の連携 . 透析ケア 2021; 12: 10-11.
2） 大坪みはる (編者), 堀川直史 , 江崎眞知子 , 他 . 透析看護師のためのメンタルヘルス . 大阪：医療ジャーナル ,2009; 46
3） 援川　聡 . クレーム対応の教科書 . 東京：ダイヤモンド社 , 2014 ; 42
4） 岡山ミサ子 . がんばらなくていいんだよ . 大阪：メディカ出版 , 2021；89
5） 仲本りさ . 病院というヘンテコな場所が教えてくれたコト . 京都：いろは出版 ,2020;245
6） Jam. たぶんそいつ、今ごろパフェとか食ってるよ。. 東京 , サンクチュアリ出版 , 2018; 65
7） 佐伯晴子 . あなたの患者になりたい . 東京 , 医学書院 , 2003; 81
8） 渡部卓 . 折れやすい部下の叱り方 . 東京 , 日本経済新聞出版社 , 2012; 115

総　説　日本サイコネフロロジー学会雑誌 1：21-28, 2022

ラインケア～ストレス要因の把握と対処～

伊丹 儀友　阿部 実保子

Noritomo Itami　Mihoko Abe

要旨：過大なストレスが長く続くと、人は身体的にも精神的にも疲弊してくる。その結果燃え尽き症候群（バーンアウト）を生じる。相手に対して生じる自分の感情の抑制や忍耐が必要とされる対人援助職である医療関係者はバーンアウトになり易く、それが高い離職率に繋がっている。その対策としてストレスに対して自ら気が付き対処するセルフケア、直属の上司などによる部下へのラインケアおよび事業場内外の保険スタッフによるメンタルヘルスケアがとても重要になってくる。

今回セルフケア、ラインケアの実際的な在り方、職場環境改善の取り組み、メンタルヘルス不調者の復帰支援などについてまとめてみた。

Keyword　セルフケア、ラインケア、バーンアウト、メンタルヘルス、コミュニケーション

職業性ストレスとは

職業性ストレス（occupational stress）とは働く人に仕事関連の要因が作用し、その人の心理的および生理学的状態が正常から逸脱した状況として定義される[1]。この職業性ストレスは、働く人の心身に障害を与える[1]。人は長い間ストレス下に置かれていると、心身のエネルギーを使い果たし、身体的にも精神的にも疲幣する。特に人を対象としてサービスを提供する専門職者は、その職業ストレスの増加により燃え尽き症候群(burnout syndrome; 以下バーンアウトと呼ぶ）に陥りやすい状況にある[2]。

米国ストレス協会によると労働災害の80% はストレスが原因とされる[3]。令和2年度労働安全衛生調査では、現在の仕事や職業生活に関して、強い不安やストレスとなっていると感じる事柄がある労働者の割合は54.2%（平成30年調査58.0%）となり[3]、職場でストレスを感じている人は半数以上いることとなる。ただし、ストレスは、私たちが日常生活の中で物事を達成するのを助ける動機付けともなる。

WHOが示した職業性ストレスモデルは良く知られている[4]。仕事上の要因（仕事量や質、人間関係、裁量度、温度や騒音等）を受けて急性ストレス反応（心理面、身体面、行動面への変化）がおき、それが慢性化するとともにストレスに関連した病気や作業能率低下などの問題が生じる。それに影響を及ぼすものとして、仕事以外の要因や年齢、性別、性格、価値観、受けた教育といった個人要因および上司・同僚・家族からの支援や個人の楽観主義などの緩衝要因が関与するとされている[4]。

過度のストレスは、私たちの気分、体、人間関係に影響を与え、不安やイライラを感じさせ、私たちの自

医療法人友秀会　伊丹腎クリニック
〒059-0026　北海道登別市若山町4丁目43-2
Tel: 0143-84-4321　Fax: 0143-84-4334　E-mail: noritomo927@yahoo.co.jp

図1：4つのメンタルヘルスケア （文献6より）

セルフケア 労働者によるストレスへの気づき、ストレスへの対処、自発的な相談
ラインによるケア 管理監督者による職場環境の改善、個別の対応
事業場内産業保健スタッフ等によるケア 産業医、衛生管理者による心の健康づくり対策の提言および推進、ラインによるケアへの支援
事業場外資源によるケア 事業場外の機関、専門家によるサービスの活用、支援

尊心に影響を与える。長期間にわたって多くのストレスを経験すると、Maslachらが定義したバーンアウトの状態、つまり、「長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とし自己卑下、仕事への嫌悪、無関心、思いやりの喪失などを伴う症状」を示し、肉体的、精神的、感情的な倦怠感につながる[5)]。バーンアウトに起因する欠勤や離職による生産性の低下、事故の頻発、顧客の不満の増加は組織（会社）にも損失を与えるため、国は職場における心の健康（メンタルヘルスケア）に注意を払うようになった。厚生労働省は、労働者の心の健康の保持増進のための指針として1)セルフケア、2)ラインケア－部長や課長など職場管理者による職場環境の改善、個別の相談対応、3)事業場所内産業保健スタッフ等によるケア－産業医、衛生管理者による心の健康対策の提言および推進、ラインケアへの支援、4)事業場外資源によるケア－事業場外の機関や専門家によるサービスの活用や支援で対応することの4つを挙げている（**図1**）[6)]。

医師や看護師、作業療法士などは直接人を援助する対人援助職であり、常に相手の要求や主張、苦しみを受け止め、相手に合わせた言葉や態度で対応することが要求される職務である。そのため、相手に対して生じうる自らの感情（特に不満や怒りなど）の抑制や忍耐が必要とされるが、過剰な感情の抑えこみは、バーンアウトに繋がりやすいともいわれている[7)]。

バーンアウトの測定に精力的に取り組んでいたMasLachらは、バーンアウトの基礎的な理論枠組みに基づいた尺度であるMaslach burnout inventory(以下MBIと略す)を作成した[5)]。MBIでは3つの症状が測定される。①感情的疲労（emotional exhaustion）：日々の仕事の中で相手の気持ちを思いやりその振る舞いを受け入れ、私的な問題まで分け入り問題を解決することなどに多大な情緒的エネルギーを費やす。この結果、情緒的資源の枯渇感（消耗感）が生じ、何もする気がなくなる。②離人症（depersonalization）：例えば思いやりのないワンパターンな対応や相手の分からない医学用語を多用した会話など、非人間的な対応が生じる。この反応は枯渇した情緒的資源が相手にさらに取り込まれないために、相手との距離を置くことによって情緒的資源の節約を目的とした防衛反応ともとれる。③個人的達成感（personal accomplishment）の低下：バーンアウトに陥る人はもともと高いレベルの対人サービスを行っていた人が多い。気力が入らない、思いやりのない対応といった対人サービスの質の低下・成果の低下は達成感や効能感の低下にもつながる[8)]。この3症状がバーンアウトの主症状とされる。MBIを用いた米国での調査では、医師のバーンアウトのリスクは一般人口と比較して、感情的疲労(32.1%対23.5%)、離人症（19.4%対15.0%)、および全体的なバーンアウト(37.9%対27.5%)においてリスクが高かった(P < 0.001)[9)]。世界の看護師におけるバーンアウト率は地域差があるものの11.23%と報告[10)]されており、米国では離職した看護師の31.5%でバーンアウトが原因であった[11)]。日本の看護師のバーンアウト率は一般医師の2倍と言われている[12)]。また、一般病棟に勤務する看護職と比較して、透析施設に勤務する看護師は完治することのない患者の看護を続けることで、看護の成果を見出しにくく、無力感にとらわれやすく、バーンアウトを引き起こしやすいことが報告されている[13)]。これ以降は、医療者、透析医療従事者にも活かせるであろうストレスのセルフケアについて、厚生労働省が示した指針に沿って述べる[6)]。

表１：看護婦にみられるCompassion fatigueの症状　（文献７より改変）

仕事関連	感情的
・特定の患者と働くことの回避または恐怖	・気分のむら
・患者や家族に共感する能力の低下	・不安心
・頻繁な病欠の使用	・癇癪
・喜びの欠如	・過敏
身体関連	・不安
・頭痛	・ニコチン，アルコール，違法薬物の過剰使用
・下痢，便秘，胃のむかつき	・鬱病
・筋肉の緊張	・怒りと憤り
・睡眠障害：眠れない，不眠症，睡眠不足	・客観性の喪失
・疲労	・記憶力の低下
・心臓症状：胸痛/圧力，動機，頻脈	・集中力，判断力の低下

セルフケアとは

セルフケアには、まず労働者自らがストレス発生のメカニズムや心の健康について理解し、自分のストレスの原因やストレス反応、心の健康状態を正しく認識できるようにする必要がある。そして、ストレスに対処するための知識、方法を身につけ、実施することが重要である[6]。心身の緊張といったストレス反応に気が付いた場合には、①適度な運動②リラックス③十分な睡眠④親しい人たちとの交流⑤笑うこと⑥仕事から離れた趣味を持つこと⑦上司に自発的に相談するといった対処が推奨される[14]。

医療者がケアする人の中には、うつ病を経験した人や悲しみを経験した人や亡くなる人もいる。そしてトラウマを負った人や苦しんでいる人を助けたいと思うことから生じるストレスによって、自らの考えや気分や幸福感にも影響する compassion fatigue（CF）の状態になりやすい[15]。例えば、共感的な思いやりと対応は看護の基本であるが、しばしば自分に必要なことよりも先に、他人の必要なことを満たそうとする傾向がみられる。特に真面目で熱心な看護師はCFになりやすい。看護師に見られるCFの症状を**表１**[7]に示す。CFとなった看護師は患者に対する共感力の欠如やミスが多くなり、看護ケアの質の低下をもたらす。CFは苦しんでいる患者ともにいる医療従事者に急速に発生する障害で、個人的な側面が強い。一方でバーンアウトは、通常、負担の大きい組織環境下で働く人にゆっくりと進行する障害で組織的な問題の関与が強い。このため、CFは早期に対処すればバーンアウトに比べ回復も早い[15]。CFの発症を防ぐためには、医療者自身が患者との距離感を十分意識し、自分自身のケアとして十分な栄養、水分、睡眠を取り、運動を行うことが必要となる[15]。また、適切な人と自分の懸念や感情について話すことは、CFになりそうな場合、または既になっている場合にも支援と希望を与え、CFを防ぐこととなり重要である。

ラインケアとは

ラインケアとは日常的に労働者と接する、職場の管理監督者（上司その他労働者を指揮命令する者）による部下へのケアを指し、職場の管理職が主体となり部下とのコミュニケーションを通して部下に生じている心の変化に気づき、必要な職場の環境改善に取り組み、メンタルヘルス不調者の職場復帰支援を行う事が挙げられる[6]。令和２年度労働安全衛生調査ではストレスとなっていると感じる事柄がある労働者について、その内容をみると、「仕事の量」が42.5%と最も多く、次いで「仕事の失敗、責任の発生等」が35.0%、「仕事の質」が30.9%、対人関係（27%）となっている[3]。仕事量による負荷が一番のストレスであるが、責任の発生や仕事の質（昇進、配置転換、重大な仕事の一任など）および対人関係などの要素も多くのストレスとなっていることが窺われる。

メンタルヘルス不調者への適切な対応が行われないままであると、働ける人員の減少により他職員の業務過多へとつながり組織自体の疲弊を生じる。そのためラインケアを通して、問題の早期発見及び適切な対処対応に努めることが重要である。看護師においても、仕事の多さがバーンアウトに影響しており、上司からの支援がバーンアウトの緩衝作用となると報告されている[16]、また。患者の親族からの感謝の気持ちを示されたとか同僚から評価をされたと報告した看護師はバーンアウト尺度の得点が低かった[17]。また同僚から

の援助があり良い関係の看護師はバーンアウトが軽減されていることから、同僚との良い関係やチームワークを作ることも必要である[17]。しかし、スタッフがただ話を聴いてもらいたいとの気持ちで上司に話しても、その場がたちまち上司から部下への指導という形となってしまい、本当の思いを言い出せないこともある[18]。また、患者についての気がかりや抱えている問題を話すことによって、自分と患者との関係がうまくいっていないことが露呈し、適性のなさを表すのではないかと危惧し、それを上司や同僚に開示することに心理的抵抗を感じるスタッフもいる[8]。

仕事量の過多は組織上避けられないことがあるが、メンタルヘルス不調者を出さないために、基本的なこと[19]を次に紹介する。①休みや睡眠時間を十分とれるよう健康状態に気を配り良い環境を与える。②アクシデントやインシデントなどのミスについては、起こったことを怒るのではなく、同じミスが繰り返されないためにどうするかを確認することで再発防止にもつなげる。問題はミスの報告をしない (隠すこと) であるため、まずは報連相の強化に努める。③よく頑張っている人には言動と行動（対価）で評価を示す事も重要である。④何か新しい事を計画し実行する際は、より良くするための改善点や工夫を参加者一人一人の意見や提案について受け入れ、みんなで取り決めて進むことがチームワークの強化につながり充実感を供に味わうことができる、などが必要と考えられる。

1）職場の環境改善への取り組み

職場環境は広くとらえられており、「物理化学的環境」(例:騒音、照度、温度、湿度)、「人間工学的側面」(例:作業スペース、作業姿勢)、「人間関係」、「仕事の負荷」(質、量)、「仕事の自由度・裁量権」などが含まれる。まず、「仕事の要求度」、「仕事の自由度」、「周囲からの支援」の３つを数値化して評価できる職業性ストレス簡易調査票[20]を施行し、ストレス要因を評価する[21]。ストレス要因を具体的にリストアップして、改善しなければならない優先順位を決め、改善計画を立て実施する。いじめや心理的嫌がらせもストレスの原因となり、心身両面で健康へ悪影響を与え、生産性の低下とスタッフの離職率の増加に繋がる。しかし、ストレス簡易調査票では問われていないのでその存在にも注意を払う。

改善対策は厚生労働省の職場環境改善のヒント集[22]を参考にして、一緒に働く従業員同士によるグループ討議などで利用する。ヒント集は A から F の 6 の領域が 30 項目に分類されてチェックリストとしてまとめられてる。それを列挙すると A. 作業計画への参加と情報の共有として①作業の日程作成に参加する手順を定める②少人数単位の裁量範囲を増やす③個人あたりの過大な作業量があれば見直す④各自の分担作業を達成感あるものにする⑤必要な情報が全員に正しく伝わるようにする。B. 勤務時間と作業編成として①労働時間の目標値を定め残業の恒常化をなくす②繁忙期やピーク時の作業方法を改善する③休日・休暇が十分取れるようにする④勤務時間制、交代制を改善する⑤個人の生活条件にあわせて勤務調整ができるようにする。C. 円滑な作業手順として①物品と資材の取り扱い方法を改善する②個人ごとの作業場所を仕事しやすくする③作業の指示や表示内容をわかりやすくする④反復・過密・単調作業を改善する⑤作業ミス防止策を多面に講じる。D. 作業場環境として①温熱環境や視環境、音環境を快適化する②有害環境源を隔離する③職場の受動喫煙を防止する④衛生設備と休養設備を改善する⑤緊急時対応の手順を改善する。E. 職場内の相互支援として①上司に相談しやすい環境を整備する②同僚で相談でき，コミュニケーションがとりやすい環境を整備する③チームワークづくりを進める④仕事に対する適切な評価を受け取ることができるようにする⑤職場間の相互支援を推進する F. 安心できる職場のしくみとして①個人の健康や職場内の問題について相談できる窓口を設置する②セルフケアについて学ぶ機会を設ける③職場の将来計画や見通しについていつも周知されているようにする④昇進・昇格，資格取得の機会を明確にしてチャ ンスを公平に確保する⑤緊急の心のケア体制をつくるがある[22]。選択した改善策に従い実施することが重要で、進捗状況などを定期的に確認する。最後に改善策について当初の計画通り進捗したかどうか、計画通りに実施されていなければ何が障害になっていたかについてのプロセス評価と目的になる指標が改善したかについてのアウトカム評価を行う。

2）部下とのコミュニケーション

部下の変化に気が付くためには、日頃から部下の特徴を知っておくことが前提となる。部下との適切なコミュニケーションやヒアリングを常に行い、会話の中から心境や言動行動の変化に気づくことが不可欠となる。それには日常から、挨拶をする、また、離婚とか別居、家族の死亡や病気など部下の家族に変化があった場合には「仕事は大変だけども、体調は大丈夫？」などと無理のない範囲で体調を考慮した声をかけるなどを行う。言動や態度の変化に注目していればメンタル不調者に気が付けることが多い。ストレスレベルが低い段階では「活気のなさ」がみられるが、ストレス段階が中等度以上と考えられる**表２**[23]のような症状が 2 週間以上続いた場合には対処が必要となってくる。

いつもと異なる変化が起こっていると感じるがその原因が分からなければ、放置せず本人に原因を確認する必要がある。気が付いた事実を挙げて「最近遅刻が

表２：注意が必要な部下の様子の変化　（文献 23 より）

勤怠に関して	1. 遅刻，早退，欠勤が増える
	2. 残業，休日出勤が不釣合いに増える
	3. 休みの連絡がない（無断欠勤がある）
仕事に関して	4. 仕事の能率が悪くなる
	5. 業務の結果がなかなかでてこない
	6. 報告や相談，職場での会話がなくなる（あるいは多弁になる）
行動に関して	7. 表情に活気がなく，動作にも元気がない
	8. 不自然な言動が目立つ
	9. ミスや事故が目立つ
	10. 服装が乱れたり，衣服が不潔であったりする

多いけれども何か変わったことないのかしら？」などと他の人に聞かれない場所で、話を聴く。話を聞く時には携帯電話を切って 30 分から１時間ぐらい集中して聴く。というのは、携帯電話によって話が中断してしまい、相手の話そうという意思を崩してしまうことがあるからである。また、相手の話を最後まで聞かず途中で遮って自ら話し出すことやアドバイスや説得などをしてしまうことが良く見られるが避けたいことである [23]。また、部下本人が心配事や悩みを上司に相談して良いのかどうかについて悩み、相談した時はかなり事態が切羽詰まった時になっていることもある。上司はその問題の緊急度・重要度も評価しなければならない。共感は３つの要素で構成される。１つ目は、他の人の状況を理解し、本質的に他人の立場に立つこと、2 つ目はその理解を伝え、その正確が正しいかを確認すること、3 つ目は、その理解に基づいて役立つ方法で行動することである [25]。しかし、共感し傾聴するという事はとても難しい。部下からの「自分の気持ちをわかってくれない」や「気持ちを聞いてもらえない」などの反応は、傾聴がうまくできなかったことの証左である。管理職としては日々の業務に追われて時間が取れず、相手と向き合いゆっくりじっくり傾聴する時間が確保できない事も一因であるが、相手の立場に立って聴くという事に管理職全般が慣れていないため、どう対応して良いかがわからないことも大きな原因のひとつである。Cambridge English Dictionary では､コミュニケーションを Communication is also the exchange of information and expression of feeling that can result in understanding と定義しており、会話は情報の伝達とともに気持ち（感情）のやり取りでもあると記載されている [26]。仕事場では情報の伝達としての会話が目立ってしまい、気持ちのやり取りに気が付かないこと（忘れている？）も原因である。「傾聴」は、初めは相手の言葉で自由に語らせ「この人は今どんな気持ちでこの話をしているのだろう」と関心を持ち、単に聞くという消極的な行為ではなく、言葉以外の表情や態度や声の調子にも注意を払って相手に積極的にかかわっていこうとする能動的な行為であることから、積極的傾聴（active listening）とも言われている [27]。話を聴く時に上司と部下という関係であっても一人の人間として尊敬し合いながら相手に礼儀正しく親切心を持ち、心地よい距離感で接する事を心がけ、個別性を尊重して対応する。相手の話によってはついつい善悪の判断を下してしまいそうになるが、自分は自分、相手は相手と割り切り、「相手はこう考えるのだ」と考えて否定したりしない。傾聴するにあたって注意すべきことは、①個人情報にかかわることもあるので話の内容が周囲の人に聞こえてしまうような場所は避ける。②心の余裕がないと傾聴することは難しくなるので、心に余裕を持って臨める時間を設定する。管理職は、自分の部下の行動や言動に常日頃気を配り、変化の有無をキャッチする力を養うための努力と訓練も必要である。管理職自身が安定した精神状態を保つ事も重要である。そのためには、自ら十分な睡眠と休養をとること、趣味を持つことや呼吸法などを取り入れてリラックス方法も身に付けておく、また自分がストレスを感じることがあれば上司や同僚に相談するなどしてできるだけストレスを軽減しておくことが必要となる [28]。③腕組や脚くみはさける。④うなずきやあいづちをして相手に共感して聴いているサインを送り、相手が聞き取りやすいように自分の声の大きさや音声や話すスピードに気を配る。⑤相手の言葉を自分なりに言い換え、相手が自問自答をする機会を与える。⑥また､「悲しかったですね」などと相手の感情を受け入れている言葉を話す。重要なことは先入観を持たず､何をどのように悩み、苦しみ、また何を大切にしようとし、どのような方向

表３：職場復帰の可否の判断基準の例　（文献 30）

- 労働者が十分な意欲を示している
- 通勤時間帯に一人で安全に運転ができる
- 決まった勤務日，時間に就労が継続して可能である
- 勤務に必要な作業ができる
- 作業による疲労が翌日までに十分に回復する
- 適切な睡眠覚醒リズムが整っている，昼間に眠気がない
- 業務遂行に必要な注意力・集中力が回復している　など

へ進みたいと思っているのかを理解しようとすることである。そして、相手の立場を想像し、相手への理解を深め、話が一段落したときに、「このようにあなたの話を…理解したけれども、合っているかな？」とわからないことは教えてもらう姿勢で臨むことも大切である。傾聴の効果としては①信頼関係の形成－部下に話を聞いてもらえた、尊重してもらえた、大切にしてもらえた、という感覚が生じ、この感覚が上司への信頼感につながる。②気持ちの鎮静化－傾聴されることによって、話した本人は悩みや苦しみを吐き出し、次第に気持ちが落ち着いていくことがある。③自己理解や気づき－壁投げを繰り返しているうちに投げるフォームが固まってくるように、傾聴と応答によって問題が整理でき、自己理解や気づき、時として意思決定につながるなどが上げられる[23]。

メンタルヘルス不調者の職場復帰支援

心の健康問題で休業している労働者が円滑に職場復帰するためには、職場復帰プログラムの策定や関連規程の整備等により、休業から復職までの流れをあきらかにしておくことが必要である。厚生労働省「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」[29]では、実際の職場復帰にあたり、事業者が行う職場復帰支援の内容を総合的に示している。

１）休職期間中の従業員とのコミュニケーション

上司や人事担当者が本人と直接会って、休暇中の生活状況や体調について確認する。休職中は休息と睡眠を十分に与えることが一番重要である。そして、休職当初はできるだけ「会社」「仕事」のことを考えさせないよう配慮する。休職中には従業員と会社側が連絡を取るほかに、本人の同意を得て従業員の主治医に対して状態について産業医が問い合わせることも必要である。本人に対してしばらく電話やメールをしても連絡がない場合に、家族と連絡する旨について事前に本人の許可をもらっておく。家族によっては「本人が体調を崩したのは会社のせいだ」と思っていることがあるので、必要に応じ休職の経過を説明し家族の誤解を解くようにする。家族から休職中の従業員の状況が聞け、また従業員の家族関係もわかり、復職後の対応にも役立つことがある。休職中の従業員への家族の対応は①休職前と変わらない生活リズムを維持する。②本人に過剰に期待しないことが基本である[29]。

２）復職への道筋

復職可能な判断基準の例を**表３**に示す[30]。勤務時間に合わせた睡眠や食事リズムが整い、興味や関心が出て意欲がみられ、日課が遂行でき、朝の通勤時間帯の交通機関に慣れて一定期間継続できてはじめて主治医から復職許可がでる。メンタルヘルス不調者には、まずは責務を軽くし、支援しながら職場復帰後の業務内容や環境改善を行い、職場復帰支援プランを立てる。復職可能となった従業員は、長期欠席したことについて同僚から声を掛けられたらどう反応したら良いのかとか、職場に戻っても周りは忙しいが短時間勤務などで自分は役に立てていないとか、業務能力が十分に発揮出来ていないなどの心理的な圧迫に耐えられることが必要である。試し出勤制度では、まず、職場の最寄り駅まで往復を通勤練習としてみる。それで、体調が悪くなったりしなければ、本来の職場などに試験的に一定期間継続して出勤してみる。試し出勤で問題ないと判断されれば復職となる[30]。職場復帰は元の慣れた職場へ復帰させることが原則である。ただし、職場要因と個人要因の不適合が生じていた場合や運転業務・高所作業等の危険を有する場合は、本人や職場、主治医等から十分に情報を集め、総合的に判断し配置転換や異動の必要性を検討する。復帰後は労働負荷を軽減し、短時間で時間外労働や交替勤務および出張の制限を行い、業務内容も軽作業や定型業務から始め、危険作業や窓口業務や苦情処理業務は制限する[30]。復職後、定期的な通院と薬の服用だけでなく、毎日の生活習慣、

特に起床時間・就寝時間・食事時間を規則正しくすることが重要となる。また、復職後の疾患の再発・再燃・新しい問題の発生への早期の気づきが不可欠である。本人の意向を聞きつつ日報や週報などを書いてもらい、勤務状況や業務遂行能力を評価し、問題ないことを確認する定期的なフォローアップミーティングを行う[30]。また、本人の就労意識の確保のためにも、あらかじめ、フォローアップ期間の目安を定め、主治医と連携を図り通常のペースに戻すことが望ましい。

終わりに

以上ラインケアの現状と対処の概略について述べた。ラインケアに悩む人の参考になれば幸いである。

文献

1) Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. J Occup Health Psychol. 2008;13(1):69–93.
2) 鈴木英子 , 永津麗華 , 森田洋一. 大学病院に勤務する看護師のバーンアウトとアサーティブな自己表現. 日本保健福祉学会誌　2003；9：11-18.
3) 厚生労働省. 労働安全衛生調査（実態調査）結果の概況　厚生労働省　2020 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r02-46-50b.html.　参照日 2023 年 1 月 9 日
4) Raising awareness of stress at work in developing countries: advice to employers and worker representatives .WHO　protecting workers health Series　No6 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42956/924159165X_eng.pdf　参照日 2023 年 1 月 9 日
5) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occupational Behavior. 1981;2:99-113.
6) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針　厚生労働省　2015　https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/roudou/an-eihou/dl/060331-2.pdf　参照日 2023 年 1 月 9 日
7) 衛藤進吉. 対人サービス業務でのメンタルヘルス. 日本農村医学会雑誌 2013；61：840-853.
8) 久保真人. バーンアウト（燃え尽き症候群）. 日本労働研究雑誌 2007；558：54-64.
9) Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians. JAMA. 2018;320(11):1131-1150.
10) Woo T, Ho R, Tang A, et al. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2020;123:9-20.
11) Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, et al. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. JAMA Netw Open. 2021;4(2):e2036469.
12) 北島裕子 , 鈴木英子 , 佐々木晴子. 首都圏の大学病院に勤務する看護師のバーンアウトの関連要因. 日本健康医学会雑誌 2020；29(1)：17-26.
13) 安斉美幸, 阿部福代, 萩原千鶴子, 他. 透析看護者の Burnout 関連要因について. 日本腎不全看護学会誌 1999；1：72-77.
14) 厚生労働省　e ラーニング学ぶ「15 分でわかるセルフケア」　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト　https://kokoro.mhlw.go.jp/e-learnig/selfcare/　参照日 2023 年 1 月 10 日
15) Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse’s primer. Online journal of issues in nursing, 16(1), 3. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
16) Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Gómez-Urquiza JL, et al. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. Jpn J Nurs Sci. 2020;17(1):e12269.
17) Diehl E, Rieger S, Letzel S, Schablon A, et al. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. PLoS One. 2021;16(1):e0245798.
18) 坂下優二. 対人援助職のバーンアウト予防における支援アプローチに関する文献研究. コミュニティ心理学研究 2021；24：114-136.
19) Moloney W, Fieldes J, Jacobs S. An Integrative Review of How Healthcare Organizations Can Support Hospital Nurses to Thrive at Work. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):8757.
20) 厚生労働省. ストレス簡易調査票　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト https://kokoro.mhlw.go.jp/glossaries/word-1582/ 参照日 2023 年 1 月 10 日
21) 厚生労働省. 3 分でできる職場のストレスセルフチェック　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト　https://kokoro.mhlw.go.jp/check_simple/　参照日 2023 年 1 月 10 日
22) 厚生労働省（2004）. 職場環境改善のヒント集 メ

ンタルヘルスアクションチェックリスト　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト　https://kokoro.mhlw.go.jp/manual/files/manual-file_01.pdf　参照日 2023 年 1 月 10 日
23) 厚生労働省．職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～　2020 https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf 参照日 2023 年 1 月 10 日
24) 厚生労働省．部下の話を聞けていますか―傾聴のすすめ―　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト　https://kokoro.mhlw.go.jp/line-care_listen/　参照日 2023 年 1 月 10 日
25) Abbasi K. Why empathy is an upside-down concept. J R Soc Med. 2017;110(9):347.
26) Cambridge University Press. Cambridge English Dictionary https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/communication　参照日 23 年 1 月 24 日
27) Junaid SM, Mahboob U, Nadeem N, et al. How To Teach'Listening For Learning'In A Clinical Context? J Ayub Med Coll Abbottabad. 2022;34(2):392-393.
28) 大阪商工会議所編．メンタルヘルス・マネジメント検定試験 公式テキストⅡ種 ラインケアコース第５版．東京：中央経済社，2021；209-213.
29) 厚生労働省．心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト　2012　https://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/syokubahukki_h24kaitei.pdf　参照日 2023 年 1 月 10 日
30) 厚生労働省．e- ラーニングで学ぶ 15 分でわかる職場復帰支援　こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト　https://kokoro.mhlw.go.jp/return-to-work/data/e-learning.pdf　参照日 2023 年 1 月 10 日

日本サイコネフロロジー学会誌　投稿・執筆規定

《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作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@jspn-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の学術誌が刊行できたことを会員の皆さんと喜びたく存じます。今から約30年前に産声を上げた前身である日本サイコネフロロジー研究会ですが、諸先輩方の様々な活動に支えられ、2019年12月に一般社団法人日本サイコネフロロジー学会として現在の体制が確立されました。法人化とともに当領域の学術活動の充実と人材育成が大きな活動目標になったのですが、ようやく公式の学術誌が発刊できることになり、編集委員会としてもその一翼を担えたことをうれしく思っています。これから継続した活動が必要でありますが、ぜひ、経験された身近な取り組みをこの学術誌にご報告していただきたく、少しずつでもこの会誌が成長していけるよう、皆様方のご支援に期待して編集後記とさせていただきます。

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. 1, 2022
2023年1月31日　発行

本誌の内容の一部あるいは全部を無断で複写複製（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、著作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あてに許諾を求めてください。

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

製　作
ちたクリエイティブ株式会社
〒456-0058　名古屋市熱田区六番 3-5-3
S-FORT 六番町 204
Tel 052-387-5228　Fax 052-308-5229