

博士論文 令和元年（2019年）度

腎移植レシピエントの精神的ケアに関する研究

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

鈴木 吏良

第1章 序章 研究の背景

1.1. 背景と本章の概要	3
1.2. 移植医療に関する社会的背景	4
1.3. 腎移植レシピエントの精神的ケアの必要性	6
1.4. 腎移植レシピエントのストレス要因	9
1.5. 内的資源：ストレス対処	11
1.6. 外的資源：サポート環境	12
1.7. 本論文の構成と意義	14

第2章 研究1 精神健康状態の把握とリスク要因の抽出

－腎移植後の抑うつを予測するリスク要因の明確化－

2.1. 目的と仮説	18
2.2. 方法	19
2.3. 結果	20
2.4. 考察	22
2.5. 結論	24

第3章 研究2 精神的ケアが必要な時期と有効な内的資源

要素の抽出 －ストレス対処タイプと抑うつの関連－

3.1. 目的と仮説	26
3.2. 方法	27
3.3. 結果	30
3.4. 考察	36
3.5. 本研究の限界と課題	38
3.6. 結論	39

第4章 研究3 ケアをサポートする外的資源要素の検討 －精神的ケアのサポートに関する課題と対策－

4.1. 目的	40
4.2. 方法	41
4.3. 結果	44
4.4. 考察	58
4.5. 本研究の限界と課題	63
4.6. 結論	63

第5章 精神的ケアプログラムの提案

5.1. 目的	65
5.2. 検討 (1) 試験版ケアプログラムによる検討	65
5.3. 検討 (2) 事例提示による検討	79
5.4. 考察	84
5.5. 結論	88

第6章 総括

6.1. 本論文の成果	89
6.2. 本論文の意義	92
参考文献	94
謝辞	106

第 1 章 序章

1. 1. 背景と本章の概要

臓器移植の目的は生命の維持と QOL(Quality of life)の改善である。QOLの中核にあるのは精神面の健康であるが、臓器移植を受けた患者(以下、レシピエント)の精神的健康度は高いとは言えない^{1,2}。中でも、腎臓移植は、臓器移植の中でも手術数が最も多く、希望者と手術件数も年々増加している。また、代替治療である人工血液透析(以下、人工透析)も存在する中で“移植”を選択するという点で、特に検討する必要がある。すなわち、代替医療のない他の臓器と比較すると、腎移植は、移植を即座に行わなければ生命の危険に脅かされるケースは多くなく、時間的猶予がある中で“移植”という手段を選ぶことは、移植手術を受けるかどうかの自発性や、誰が臓器提供者(以下、ドナー)になるかの選択を含めて、葛藤要因が多岐に亘り、複雑である²⁻⁵。葛藤要因が多いことは精神面の健康にも大きな影響を与えていることが予測される。そこで、本論文は、腎移植を受けたレシピエントの精神的健康の向上に寄与する心理社会的資源を検討することを目標としている。心理社会的資源には、内的資源と外的資源がある^{6a}。内的資源とは個人が持っている問題解決能力やストレス対処能力などであり、外的資源は本人の抱えている問題をサポートする人や体制などの社会的環境である^{6a}。本論文は、レシピエントの内的資源および外的資源に焦点をあてて、精神的ケアの充実・向上に有効なストレス対処の要素やサポート方法を抽出し、精神的ケアの向上に資することを目的としている。

本章では、まず、腎移植の社会的背景について述べる。次に、レシピエントの精神的ケアの必要性及び日本の精神的ケアの特徴を述べる。続いて、ケアやサポート環境の充実のために有効な心理社会的資源に関する現状と課題を整理する。そして、レシピエントの精神的健康に影響すると考えられるストレス要因を概観した上で、

問題を解決するための内的資源であるストレス対処、サポート環境などの外的資源の鍵となる多職種連携とチーム医療の課題について述べる。最後に、本論文の構成について言及する。

1.2. 移植医療に関する社会的背景

1.2.1. 移植医療が他の医療と違う点

移植医療が他の医療と違う点について述べる。臓器移植とは、臓器の機能が低下し、他の治療法では回復が見込めない人に対して健康な臓器を移植し、健康を回復しようとする医療で、ドナーはもとより、広く社会の理解と支援があって成り立つ医療である⁷。よって、まず、第三者の善意による臓器の提供がなければ成り立たないことが他の医療と違う点である⁸。次に、レシピエントは、身体的ストレスや心理社会的ストレスを抱えるなどストレス要因が多いことも他の医療と違う点として挙げられる。ストレス要因の詳細に関しては後述する。

さらに倫理的な側面も特殊である。臓器提供は、脳死の人からの臓器提供と、生きている人から臓器提供の2つの方法がある。脳死の人からの臓器提供に関しても倫理的に問題があるという意見もあるが⁹、生体間臓器移植においては、「健康な身体にメスを入れ、健全な臓器を摘出されるという医療の中でも特殊な状況を経験するため、特有の倫理的、心理社会的な問題を孕む」とされている¹⁰。これらの他の医療とは違う点が、精神的健康にも影響を及ぼすことが考えられる。

1.2.2. 腎移植希望者の増加

精神的ケアが必要と考える理由のひとつがケア対象者の増加である。まず、ケア対象者、すなわち、レシピエントが増加している

社会的背景を整理する。日本では脳死、心停止からの臓器提供が少なく、ドナー不足が問題とされて来た¹¹。移植希望者の海外渡航移植も増加していたが、海外でも臓器提供の不足は深刻な問題となり、2008年には、「移植が必要な場合は自国で行うこと」というイスタンブール宣言が出されたため、渡航移植は困難となった¹²。日本での対策として、2010年に脳死からの臓器提供の条件を拡大した改正臓器移植法が施行されたが、深刻なドナー不足の状況は続いており、生体間移植の希望者は増加し続けているのが現状である^{11,13}。

特に、腎臓移植を希望する末期腎不全患者は多い。腎臓の働きが衰え、人工透析を導入している末期腎不全患者の人数は、2017年末で33万4505人である¹⁴。また、1998年以降、人工透析導入の原疾患で最も多いのは糖尿病性腎症で、全体の4割をしめており、糖尿病患者の増加とともに、透析患者数は、年々増加している¹⁴。厚生労働省の調査報告によると、糖尿病及び糖尿病予備群を合わせた患者数は日本国内で2000万人存在するとされている¹⁵。よって、日本人にとって末期腎不全は決して他人事ではない。そして、末期腎不全患者が増えることで腎移植希望者も増加することが予測される¹³。代替治療の人工透析があるにもかかわらず、移植希望者が増加する理由のひとつは、移植によって身体健康状態が飛躍的に回復するからである。透析治療への身体的適応は個人差があり、透析中も急激な血圧低下や嘔吐、すぐに立ち上がれない等の症状が継続し、極度の苦痛を感じる患者も少なくない¹⁶。また、人工透析を導入していても良好な健康状態を保っているわけではなく、身体状況は徐々に悪化していく¹⁴。さらに、人工透析を受ける末期腎不全患者は毎年1万人ずつ増加しているが、それは単純に1万人が増加しているのではない。2017年の人工透析の導入患者数は4万0959人、死亡者数は3万2532人であった¹⁴。結果的に約1万人の患者数の増加となるが、実際は年間3万人以上の末期腎不全患者が亡くなっているのである¹⁴。全ての末期腎不全患者の死因が腎不全ではないが、合併症のリス

クも高まり、死への恐怖に脅かされる状態が続くことになる。それに対し、移植した腎臓が生着している間は、身体への負担が少なく、比較的良い健康状態を保ち、腎臓の病状悪化を先延ばししている状態とされている¹³。よって、生命の維持のためにも腎移植希望者は増加している。また、人工透析は時間的制約が大きく、週に3回、1回4～5時間かかる。QOLも著しく低下することからも腎移植を希望する患者が増加しているのである¹⁶。

1.2.3. 日本における生体間腎移植の増加

臓器移植は、死亡した人から臓器提供を受けるのが原則であるが、生存している健康な人の臓器、あるいは臓器の一部を移植する生体間移植もある¹¹。日本臓器移植ネットワークに登録されている腎臓移植希望者（死体腎移植の待機患者）の移植までの平均待機期間は4049.4日、約11年1カ月と、10年以上の長期間に渡って待機することになる（2016年末現在）¹¹。欧米諸国と比較して移植待機期間が長いのは、日本において脳死からの臓器提供が極端に少ないからである¹¹。移植希望者の中には、身体状況の悪化などから、10年以上も脳死からの臓器提供を待つ余裕がない患者も存在する¹¹。前述したように、待機している間に健康状態も悪化していくことが予測されることから生体間腎移植が増えているのが現状である^{11,13}。しかし、生体間腎移植はドナーとの関係にも葛藤が生じやすく、ストレス要因の増加にもつながることとなるのが現状である³。

1.3. 腎移植レシピエントの精神的ケアの必要性

1.3.1. 腎移植レシピエントの精神医学的問題

腎移植レシピエントに精神的な葛藤が生じる時期や内容は多岐

に亘る。移植を受けるかどうかを検討する時から待機中、移植手術後、術後中長期まで、長期に亘って身体的、心理社会的なストレスに晒され、内容も抑うつや不安などさまざまな精神的不調を呈することが報告されている^{2,3,17-21}。また、腎移植レシピエントの自殺率も一般人口と比較して1.77倍高いことが報告されている²²。しかし、自殺のリスクが高いとされる“抑うつ状態”を疑われる腎移植レシピエントの精神科受診率は低い傾向にあるという報告もある¹⁷。施設によって精神科ないし心理職が存在するか、サポート体制が整っているかどうかなどの資源の差はあるものの、多くの施設では心理・精神面のニーズに応えきれていない可能性がある^{4,23}。また、腎移植からの経過期間と精神的健康度に関する実証的な報告なども成されていない。移植医療の身体面の技術や移植後の成績は飛躍的に向上しているが、多くのレシピエントの精神的不調の予防や介入に関するケア技術やサポート方法の開発は遅れているのが現状である^{17,23}。

1.3.2. 精神医学的問題と身体面との関連

移植医療においては、精神面の問題と比較して身体面の問題の方が優先される傾向にある²³。しかし、精神的ケアを考える上で精神医学的問題が身体面に与える影響を検討することも重要であり、海外においては報告も成されている。それらの報告では、レシピエントの精神的不調はQOLの低下だけでなく、拒絶反応、臓器の廃絶、死亡率など、身体面の健康や長期予後にも密接に関係しているとされている^{2,24-27}。ハンガリーでの前向き研究によると²⁵、腎移植後のレシピエントの抑うつ症状（Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale [CES-D]が18点以上）は移植後5年間の死亡の危険因子であり（HR1.66）、CES-Dが1点上がると、5年後の移植腎廃絶のリスクは3%、死亡リスクは2%上昇したと報告されている。また、米国のMedicareを用いた大規模後ろ向き研究によると²⁶、うつ病は移植腎機能障害（ハザ

ード比：[HR]2.10)、透析治療への移行（[HR]1.97）、移植腎機能が維持された状態での死亡（[HR]2.24）と関連していた²⁶。米国のメタアナリシス（Dew, 2015）²⁷においても、うつ病は移植を受けた患者の死亡率の相対リスクを65%増加させていると報告されている²⁷。このように、移植の目的である生命の維持とQOLの改善のためにも、精神面のケアや予防および、そのサポートは必要であるといえる。

1.3.3. 日本人の精神医学的問題に対する特徴

前項の精神面と身体面の関連に関する報告はすべて海外における調査結果である。日本において、精神面と身体面の関連について、複数の施設で量的な調査が行われた報告は存在しない。日本は、他の腎移植先進国と比較して術後の身体面の成績は非常に良好で、世界一の長期生着率を保持していると報告されているものの²⁸、精神的ケアに関しては現状把握を含めて、十分に対応できているとは言い難い²³。日本の精神面のケアの開発が遅れている理由のひとつは、日本人は精神面の問題を口に出しにくい、すなわち、問題が表面化しにくいという文化的背景が挙げられる^{5, 29, 30}。また、レシピエントの中には、「他人の臓器をもらって生かしてもらっている」という捉え方から、日本ではまだまだ移植後の肩身が狭く、屈折した感情で生きている人が多いという報告もある²⁹。また、臨床場面においても、腎移植レシピエントが、「人の臓器までもらってまで（身体が）元気になったのに、精神的なことまでとても言い出せない」と発言する場面も経験されている²³。一方で「移植した臓器がいつまでもつかわらないのに心配するなという方が無理」「大切な臓器なので、神経質になっても守らないといけないのが当然」と不安を訴える意見もある²³。また、実際に慢性的な不安から抑うつ状態や自殺企図に至ったケースも報告されている³¹。

日本人と欧米人を比較すると、移植医療に対する考え方や文化

的背景など捉え方には違いがある。日本において、長年、腎移植レシピエント、ドナーの臨床にあたって来た精神科医の春木も、精神医学的諸問題に関して日本と海外では精神面の個人差や環境に差があることを指摘し、現場で役に立つケアを考察するために、日本人のレシピエントの事情のみに特化して述べると断って報告している^{4,5}。また、移植関連の精神医学的諸問題に携わって来た精神科医の福西も、日本人は欧米人と違って感情の言語化を強く表現しない傾向が強いため、移植前のレシピエントやドナーに生じた葛藤は抑圧されて顕在化しないこともしばしばである、と指摘している³⁰。さらに、志津は、患者に接する時間が最も長い看護師の立場から、腎移植患者は手術日が近づくにつれ情緒的に不安定になる傾向があるが患者自身が情緒的变化に気づかない、気づいても言動にあらわさない場合がある、と報告している³²。このように腎移植レシピエントの精神的ケアに関しては国民性や文化も考慮して検討する必要があるといえる。

1.4. 腎移植レシピエントのストレス要因

腎移植レシピエントの精神的ケアの充実や向上を目指して、必要な心理社会的資源の要素を抽出するために、何に留意してケアを行えば良いかを現状把握することも検討事項のひとつである。すなわち、腎移植レシピエントの精神的健康に影響するストレス要因に注目する必要がある。腎移植レシピエントには、様々なストレス要因が存在することが報告されており、²⁻⁵ そのストレス要因は、身体的要因、心理的要因、社会的要因の3つのカテゴリに大別される^{2-5, 33-36}。

身体的要因は、移植手術そのものへの不安、手術が身体的に辛い、手術後も傷跡が痛い・新しい臓器の存在に違和感がある、拒絶反応の可能性に恐怖を感じる、実際に拒絶反応が起きた、免疫抑制剤の副作用で全身がむくむ、多毛になる、感染症のリスクが高くなる、

感染症対策で行動に制限が生じる、合併症や癌への罹患率等の上昇、人工透析再導入の可能性への恐怖、などである^{5, 36-40}。

心理的要因も様々である。まず、ドナー選択である。前述したように、欧米と比較して、日本では生体からの腎移植が圧倒的に多い。そのため、移植を受けるレシピエントと臓器を提供するドナーとの間に、“負い目”“罪悪感”“断りにくい”などの対人関係の葛藤も生じると報告されている³。具体的には、レシピエントは、「自分のために家族の中で誰かドナーになってくれる人がいるのか？」という不安にはじまり、ドナーがなかなか決まらない場合や、決まっても負い目があり、「肩身が狭い」などの葛藤を感じるケースなどである。そして、ドナー選択という経験を経て、ドナーを含む家族関係に変化が生じ、葛藤を抱えることも少なくない。さらに、家族にとっても、家族構成員の中に、身体的侵襲の大きな手術を受ける2人（ドナーとレシピエント）を抱えることになる。当事者達だけでなく、家族にも付き添いなどの介護や金銭面、物理面においてストレスが生じ、家族全体が葛藤を抱える状態となる。また、移植への期待の高さと比較して結果が希望通りに行かなかった場合にも、「期待外れ」でストレスを感じる状態となる^{41, 42}。

社会的要因は、身体面の健康を取り戻したことによるソーシャルサポートの消失などである。これは、移植によってレシピエントの臓器の機能が回復して全身健康状態が向上することで社会的な位置づけが変化することに起因している^{3, 43}。具体的には、まず、週3回通院していた透析施設での食事や見守りといった身の回りのサポートがなくなる。そして、医療費負担が増える、障害者年金が打ち切られる、すなわち、生活のための収入が必要となるなど、金銭問題も生じる。また、就職しても社会経験や職業スキルが乏しい中で健常者と同レベルのパフォーマンスを求められるなど、“身体は元気になったものの”社会的な現実問題も生じて来る²³。さらに、周囲の期待、あるいは自分の理想と比較して、移植を受けようと思った当初の目標に十分に達しないことも少なくない⁴²。それらはレシピエント当事者や家族の葛藤につなが

り、ストレス要因となっている⁴²。

これらの身体的、心理的、社会的なストレス要因が継続すると精神的健康状態の不調につながり、抑うつ状態に陥る可能性がある。精神的不調の予防のためにも、まず、抑うつに影響を与える“リスク要因”を明らかにすることが必要である。日本の先行研究において、腎移植レシピエントのストレス要因のみに関する報告や、うつなどの精神健康状態のみに関する報告はあるが^{3,4,41-43}、その両者を合わせて“ストレス要因”が“抑うつ”に与える影響を量的に調査した報告は我々の知る限り存在しない。また、1つの施設だけでなく、複数の移植実施施設で腎移植を受けたレシピエントに対して精神面に関する調査を行った報告も極めて少ない。

1.5. 内的資源：レシピエントのストレス対処

精神的健康の維持には、ストレス要因に対する対処（以下、ストレス対処）も重要な要素である。本項では、腎移植レシピエントの精神的健康に影響すると考えられるストレス対処（内的資源）について述べる。ストレス対処に関しては、Lazarus と Folkman の報告が知られている⁴⁴。Lazarus らは、ストレッサー（ストレスを引き起こす要因）によって一様にストレス反応が引き起こされるという単純な原因－結果のモデルではなく、刺激（入力）と反応（出力）の間の調節にかかわる過程を stress coping (以下、ストレス対処) とし、その対処によって適応の結果が異なると主張した⁴⁴。ほかに彼らと同様の報告もあるほか^{45,46}、ストレス対処が神経症や心身症の発症に関連するという報告もある⁴⁷。

腎移植レシピエントに関しても、同じ様なストレス要因があっても、精神的不調を来す者とそうでない者が存在する²³。ストレス要因の多い腎移植レシピエントがうつなどの精神的不調に陥ることを予防するためにも、適切なストレス対処を行うことは重要である。先行研究では、ストレスに対処する性格特性や対処のタイプなどが

QOL や心理機能の低下に影響する可能性がある」と報告されている^{5, 35, 43}。しかし、報告は可能性について示唆しているもので、具体的にストレス対処のタイプを明らかにしたり、精神的健康の関連にまで言及したりしたものはない。これまでに、臓器移植においてレシピエントのストレス対処タイプの特徴の把握や、対処タイプと精神的不調の代表的な状態であるうつ状態との関連を明らかにした報告は我々の知る限り存在しない。腎移植レシピエントのストレス対処タイプの傾向を把握し、精神的健康との関連を明らかにすることが、精神的ケアを検討するためのひとつの要素になると考えられる。

1. 6. 外的資源：サポート環境

1. 6. 1. 多職種連携のチーム医療によるサポートの必要性

レシピエントのサポート環境（外的資源）の充実に向けて、医療従事者の多職種連携によるサポートの必要性やチーム医療の課題についても検討する必要がある。

移植医療は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、コーディネータ、臨床心理士、管理栄養士など様々な職種によるチーム医療の典型である²⁸。そして、移植における急性期医療と慢性期医療の高い質を保つためには、チーム医療による多職種の連携が必要であるとされている²⁸。特に生体間腎移植のレシピエントと家族の間には、移植に関して様々な葛藤が存在することから³⁻⁶、精神的ケアは、多職種連携によるチームでのサポートが必要である⁴⁸⁻⁵¹。また、レシピエントの心理的反応はソーシャルサポートの有無や利用によっても異なることが予測されると報告されている⁴³。このことから、移植医療における精神的ケアは、レシピエントおよびドナーの心身両面の状態を管理・把握している医療従事者側のサポートやかかわりも重要であるといえる。

1.6.2. チーム医療における課題

多職種連携によるチーム医療で精神的ケアを実施していく上での課題の一つが、職種間の認識や対応の違いとされている⁵²。一般的な医療において、吾妻らは、チーム医療を実践している看護師が困難に感じていることで一番多かったカテゴリは「職域を越えて連携・協働すること」で、具体的には「目標や価値観の一致が困難」「職種間で求めていることが異なっているため、スムーズに機能していない」と報告している⁵²。また、腎移植におけるチーム医療の課題について、石井は、専門性の細分化や複雑化、進化とともに、不足部分の相互補完や各分野の相互理解の必要性を報告している⁵¹。これまでに、移植関連の学会や研究会などにおいて、「移植医と、移植医以外の看護師、コーディネータ等のメディカルスタッフ（以下、メディカルスタッフ）の認識の違いが課題である」という意見が出されることがあった。特にレシピエントやドナー、家族の“困難ケース”に対する認識に温度差があることへの指摘が多い。しかし、多施設の移植医とメディカルスタッフ双方に対して、精神面の困難ケースや精神的ケアに対する認識の違い、及び特徴に関して掘り下げて検討した報告はなされていない。腎移植レシピエントの外的資源の充実のために必要なケアの要素を抽出するためには、多職種連携のポイントである認識の違いを明らかにして、何を問題と捉えているのかを明らかにすることが課題の一つである。さらに、現場のスタッフが精神的ケアのために必要としている知識や技術、サポートシステムなども、移植に携わる多施設の医療従事者を対象に明らかにする必要があると考えられるが、それらの報告も成されていない。

1.7. 本論文の構成と意義

1.7.1. 本論文の構成

以上のように、腎移植レシピエントに関しては、ストレス要因が多く、精神的ケアや社会的サポートなどが必要という報告は存在する^{2,3,23}。しかし、ケア内容の技術の開発および、サポートを充実させるためのプログラムやシステム構築は進んでいないのが現状である²³。特に日本では精神的なことに関するサポートは“後回し”にされてきた背景がある^{3,23}。よって、本論文では、腎移植レシピエントの精神的ケアの充実と向上を目指して、ケアに有効と考えられる心理社会的資源（内的資源・外的資源）の要素を検討することを目的とする。

本論文は、研究1,2,3によって構成されている。そして、それらの研究結果を踏まえて精神的ケアプログラムの提案を行う。具体的な流れは表1に示した。

研究1（第2章）では、複数の施設で腎移植手術を受けたレシピエントを対象に精神健康状態の把握および、抑うつを予測するリスク要因の抽出を行った。調査の目的は、多施設で移植を受けたレシピエントを対象に精神的ケアの必要性を確認することと、「移植に対する自発性」を含めた「うつ」のリスク要因を検討することである。多くのレシピエントに汎化できるケアの留意点を明らかにすることを目指した。

研究2（第3章）では、腎移植レシピエントを対象に、①移植後経過年数と「うつ」ハイリスク者数の関連、②ストレス対処傾向の把握、③ストレス対処傾向と精神的健康との関連を調査した。調査の目的は、精神的ケアが必要な時期と有効な内的資源の要素を抽出することである。同じ様なリスク要因があっても精神的健康度には個人差があり、これらは個人の内的資源の違いによって影響があると考えられることから、個人のストレス対処タイプに着目した。

研究3（第4章）では、腎移植レシピエントをサポートする側の

移植医とメディカルスタッフ（移植医以外の看護師・コーディネータなど）を対象に「外的資源要素の検討」を行った。精神的ケアの実施にあたって外的資源（サポート）を充実させるために有効な要素を質的側面から多角的に抽出することが目的である。具体的には、腎移植レシピエントの精神面の困難ケースに対する認識や対応、精神面の専門家との連携等に関して、移植医とメディカルスタッフの認識の違いに焦点をあてて検討した。また、現場で必要とされている精神的ケアの知識やサポートシステムに関する抽出も行った。

第5章では、研究1,2,3の結果を踏まえて精神的ケアプログラムの提案を行った。検討(1)では、移植医とメディカルスタッフが3段階の検討会①②③を行い、最終的に腎移植レシピエントのための精神的ケアプログラム(案)とサポートのための課題や対策案を提案した。検討(2)では、筆者が実際に臨床心理士として関わった腎移植レシピエントのカウンセリング事例を提示する。事例は研究2において、腎移植レシピエントの精神的ケアの要素として有効であることが示された「問題に直接対応する」ストレス対処に焦点をあててアプローチしたものである。さらに、検討(1)(2)を合わせて問題解決に焦点を当てたケアの適応と限界を検討した。

第6章では、全体の総括を行った。

1.7.2. 本論文の意義

これまでに腎移植レシピエントにおける精神医学的問題やストレス要因のみの調査は報告されているが、ストレス要因がうつに与える影響を複数の施設で量的に調査した報告や、レシピエントのストレス対処のタイプに注目し、これと精神的健康との関連についての実証的な報告はない。一方で、移植医療の現場や関連の学会等では、精神的ケアに関して具体的なケアやサポート方法のマニュアルおよび、ガイドラインなどの必要性を求める意見は多い²³。腎移植レシピエントの精神的ケアの充実や向上を目指して、その基本となる要素を検討することは、移植医療におけるサービスの質の向上に

つながる。これらは、全国の移植医療に携わる医療従事者のサポート力の向上につながるものであり、移植の目的であるレシピエントの生命の維持と QOL の向上にも寄与することが期待される。

また、臓器移植は、特殊な先進医療と考えられているが、ほかの身体疾患患者のケアにも共通する部分が多い²³。腎移植レシピエントの精神的ケアやサポート体制の検討は、他の疾患および疾患予備群など多くの患者の QOL の向上に役に立つことが期待され、社会的にも意義のある研究であると考えられる。

表 1. 本論文の流れ

第 1 章	研究の背景	<p>【先行研究の現状、課題】</p> <p>移植医療に関する社会的背景 腎移植における精神的ケアの必要性、 腎移植レシピエントのストレス要因 内的資源（レシピエントのストレス対処） 外的資源（サポート環境）</p>
第 2 章	研究 1 対象 レシピエント	<p>【精神健康状態の把握とリスク要因の抽出】</p> <p>精神健康状態の把握と術後の抑うつを予測する リスク要因の明確化</p> <p>関連著作① * “Risk Factors for Depression After Kidney Transplantation” <i>TRANSPLANTATION PROCEEDINGS</i> 42,no.5 (2010) 1679-1681</p>
第 3 章	研究 2 対象 レシピエント	<p>【精神的ケアが必要な時期と有効な内的資源要素の抽出】</p> <p>①移植後経過年数とうつハイリスク者の関連 ②ストレス対処タイプの傾向の把握 ③ストレス対処傾向と精神的健康との関連</p> <p>関連著作② * “Relationship between stress coping mechanisms and depression in kidney transplant recipients” <i>TRANSPLANTATION PROCEEDINGS</i> 51,no.3 (2019) 761-767</p>
第 4 章	研究 3 対象 医療従事者	<p>【ケアをサポートする外的資源要素の検討】</p> <p>精神的ケアのサポートに関する課題と対策 移植医とメディカルスタッフの認識の違いと ケアを行う上で必要とされている要素、内容</p> <p>関連著作③ * 「腎移植の精神的ケアに対する移植医とメディカルスタッフの認識の違いに関する検討」『臨床腎移植学会雑誌』7 巻 1 号 (2019) 88-95</p>
第 5 章	ケアプログラムの提案 対象 医療従事者 レシピエント	<p>【精神的ケアプログラムの提案】</p> <p>移植関連の医療従事者によるケアプログラムの検討、課題と対策、サポート体制の提案</p> <p>【腎移植レシピエントの事例提示】</p> <p>問題解決に焦点を当てた精神的ケアの適応と限界の検討</p> <p>関連著作④ * 「腎移植後抑うつに解決志向ブリーフセラピーが効果を示した 1 例」 『臨床腎移植学会雑誌』2 巻 2 号 (2014) 207-212</p>
第 6 章	総括	全体のまとめ、研究の意義

第2章 研究1 精神健康状態の把握とリスク要因の抽出 腎移植後の抑うつを予測するリスク要因の明確化

2.1. 目的と仮説

移植に関する考え方は文化的背景によっても違いがある^{4,5}。日本の先行研究において、腎移植レシピエントにおけるストレス要因のみに関する報告や「うつ」などの精神健康状態のみに関する報告はあるが^{3,5}、その両者を合わせて“ストレス要因”が“抑うつ”に与える影響を複数の移植実施施設で腎移植を受けたレシピエントに対して量的に調査した報告は筆者の知る限り存在しない。さらに、リスク要因として「移植に対する自発性の低さ」も考えられるが、これまでにレシピエントに対して「自発性」と「うつ」との関連に着目した報告も見当たらない。本研究では、まず、ケアの必要性を確認するために、複数の移植実施施設で腎移植手術を受けたレシピエントを対象に精神的健康状態を把握することを目的とした。次に、「移植に対する自発性」も含めた、抑うつを予測するリスク要因を抽出することを目的とし、多くのレシピエントに汎化できるケアの留意点を明らかにすることを目指した。

本研究における仮説は、以下である。

仮説①

腎移植手術を受けたレシピエントにおいて、“抑うつ”のハイリスク者が一定数存在する。

仮説②

腎移植後のレシピエントには“自発性”も含めて抑うつを予測するリスク要因が存在する

仮説①は、先行研究における対象の多くが単一施設で移植を受

けたレシピエントでハイリスク者が一定数存在することが報告されていることから^{2,3}、移植を受けた施設が多施設に亘っても同様にハイリスク者が存在すると考え、精神的ケアの必要性を確認することも含めて仮説として立てた。仮説②は、多岐に亘るストレス要因の中でも、移植後の抑うつを予測するリスク要因が存在することが考えられること、また、移植に対する自発性も精神的健康に影響を与えていることが予測されることから仮説として立てた。

2.2. 方法

2.2.1. 対象

調査対象は、日本の複数の移植施設で移植手術を受けた20歳以上の腎移植レシピエント153名とした。手術そのものによる身体的ストレスや術後の免疫抑制剤による副作用を考慮して、移植後からの期間が6か月以上経過しており、移植後の身体状態において深刻な問題がないとされるクレアチニン値4.0以下の腎移植レシピエントとした。また、移植手術は精神面においても深刻なうつ状態ではないことが確認され、移植後の自己管理が可能と判断された場合に行われている。調査期間は、2007年1月から6月であった。本調査に先立ち、主治医が調査の趣旨を説明した後、臨床心理士及び移植コーディネータが調査の目的と内容の詳細を口頭および書面で説明した上で協力を依頼した。調査協力の了解が得られた後に、同意書への署名を得て、調査用紙と返信用の封筒を手渡した。その結果、153名中137名から調査協力への同意が得られた（承諾率87.8%）。そして、回答を郵送及び通院時持参で返却された116名（男性63名、女性53名）を分析対象とした（回収率84.7%）。平均年齢は50.2（±11.87）歳であった。本研究はレシピエントが術後のケアを受ける施設の倫理委員会の承認を得て行われた。

2.2.2. 質問項目

対象の精神健康状態を把握するため、抑うつの評価は、Zung Self-rating Depression Scale (以下、SDS)⁵³を用いた。SDSは20の質問項目で構成され、4段階で評価する自己記入式質問紙である。日本語版は「SDS自己評価式抑うつ性尺度」である⁵⁴。総得点は最小20から最大80であり、cut offポイントは50とされている⁵⁴。本調査では、SDS:50点以上を抑うつ群(n=48)とし、それ以外を非抑うつ群(n=68)とした。リスク要因はこれまでの先行研究を参考に^{5,40}、対象の年齢、性別、罹病期間、移植後の経過期間、透析期間、拒絶反応の経験、自発性(10段階)、同居者の有無、定収入の有無、ドナーの年齢、移植タイプ(生体腎移植 or 死体腎移植)の各項目を質問紙およびカルテから調査した。このうち自発性とは、移植に対する自分のモチベーションの高さである。

2.2.3. 統計解析

リスク要因の連続変数はスチューデント t 検定、カテゴリカル変数は χ^2 二乗検定を用い、抑うつ群と非抑うつ群の比較を行った。有意水準5%で有意差を認めた各項目を独立変数に、抑うつを従属変数に二項ロジスティック回帰分析を施行し、抑うつに関連のあるリスク要因を抽出した。

2.3. 結果

対象者の基本属性および臨床的特徴と2群間比較の結果を、表2に示した。SDS得点が50点以上の抑うつ群は、116名中48名で41.4%であった。2群間比較では、「年齢」「拒絶反応経験」「定収

入」「同居人の有無」「移植に対する自発性」の各項目で有意差を認めた ($p < 0.05$)。

表 2. レシピエントの基本属性と臨床的特徴および 2 群間比較

	抑うつ群 ($n = 48$)	非抑うつ群 ($n = 68$)	P
年齢 (歳)	52.15 ± 11.83	47.46 ± 11.51	.0357*
性別 (男性/女性)	25/23	38/30	.6858
罹病期間 (月)	126.71 ± 82.00	118.07 ± 83.09	.5805
移植後の経過期間 (月)	119.60 ± 64.99	112.34 ± 69.03	.5685
透析期間 (月)	34.81 ± 39.52	31.60 ± 30.23	.6213
拒絶反応経験 (%)	54.17 ($n = 26$)	27.94 ($n = 19$)	.0043***
移植に対する自発性 (%)	22.92 ($n = 11$)	48.53 ($n = 33$)	.0051**
ドナー年齢 (歳)	50.81 ± 11.09	52.50 ± 12.19	.4479
移植タイプ (生体間%)	66.67 ($n = 32$)	60.29 ($n = 41$)	.484
定収入がある (%)	50 ($n = 24$)	80.88 ($n = 50$)	.0004***
同居人がいる (%)	68.75 ($n = 33$)	92.65 ($n = 63$)	.0008***

腎移植後の抑うつに影響するリスク要因のオッズ比は表 3 に示した。オッズ比が最も高かったのは「独居である (同居人がいない)」で、抑うつ群の方が同居人がいない割合が高く、非抑うつ群よりもオッズ比が有意に高かった (調整後オッズ比 2.51, 95% CI: 1.31–5.22, $p=0.0008$)。次に、「定収入がない」で、抑うつ群の方が定収入がない割合が高く、非抑うつ群よりもオッズ比が有意に高かった (調整後オッズ比 2.07, 95% CI: 1.29–3.44, $p=0.0004$)。続いて、「拒絶反応経験がある」方が抑うつの割合が高かった (調整後オッズ比 1.94, 95% CI: 1.23–3.14,

p=0.0043)。さらに、「移植に対する自発性」が低い方が抑うつ群の割合が高く（調整後オッズ比 1.78, 95%CI : 1.13-2.92, p=0.0051）、「年齢」は高い方が抑うつ群の割合が高かった（調整後オッズ比 1.03, 95%CI : 0.99-1.07, p=0.0343）。

表 3. 腎移植後の抑うつに影響するリスク要因

	オッズ比	P	調整後 オッズ比	95% CI
年齢	1.04	.0343*	1.03	0.99-1.07
移植に対する自発性が低い	3.17	.0051**	1.78	1.13-2.92
拒絶反応経験	3.05	.0043***	1.94	1.23-3.14
定収入がない	4.23	.0004***	2.07	1.29-3.44
独居である (同居人がいない)	5.73	.0008***	2.51	1.31-5.22

2.4. 考察

2.4.1. 抑うつ状態ハイリスク者とその要因

本研究の結果から、まず、多施設で移植手術を受けた腎移植レシピエントの約 4 割が抑うつを経験していた「うつ」ハイリスク者（以下、ハイリスク者）であることが抽出された。ハイリスク者が一定数存在することは、国内の単一施設の先行研究の結果¹⁸や海外における報告とも一致している⁵⁶⁻⁶²。抑うつ状態であると、服薬や生活習慣などの自己管理のノンアドヒアランスにつながり、結果として、身体状態の低下にもつながる可能性が高い⁶³⁻⁶⁷。よって、移植の目的である生命の維持と QOL の向上のためにも精神的ケア

の必要性が示唆される。従って、仮説①は支持されたといえる。本研究から、腎移植後のレシピエントの精神的ケアにおいては、術後の診断面接、あるいは「うつ」の評価ツールを使用するスクリーニングおよび、定期的な再評価を検討することが必要であると考えられる。

さらに、本研究であきらかとなったうつのリスク要因は、11のリスク要因のうち、「年齢が高い」「拒絶反応経験が多い」「定収入がない」「同居人がいない（独居である）」「移植に対する自発性が低い」であった。これらは、精神的ケアを行う際に、リスクの高い腎移植レシピエントを予測するためにも有効であると考えられる。精神的ケアは、「拒絶反応経験」などの身体状況にも留意した上で、「年齢が高い」「定収入がない」「独居である」など、レシピエントの社会的状況や個別性も考慮したサポートネットワークなどによる支援が必要であることを示唆している。また、移植に対する自発性の欠如が抑うつに関連することはこれまでに報告されていない新しい知見である。今後、うつのハイリスク者を軽減するためにも、“患者の移植に対する自発性“は、配慮が必要なリスク要因であることが示唆された。以上により、腎移植レシピエントの抑うつには、自発性を含むリスク要因が存在するという仮説②も支持された。よって、精神的ケアを検討する上で、まず移植前に自発性を確認することも含めて検討することが、精神的不調の予防につながると考えられる。

2.4.2. 本研究の限界と課題

本研究の限界並びに課題としては、以下の4点を挙げるができる。第一に、抑うつ群の把握は、構造化した診断面接ではなく、自記式の評価尺度を用いてなされている点である。したがって、我々は、DSM-IVに基づいたうつ病の種類（大うつ病性障害、気分変調性障害、または適応障害）を区別することが出来なかつ

た。第二に、抑うつとの潜在的な関連性について調査されたリスク要因が限定的であり、本研究では調査していないリスク要因が存在する可能性がある。一般的にうつ病のリスク要因とされているような、未婚、満足度の低い結婚、家族のサポートの欠如、過去のうつ病の病歴、合併症、および主要なライフイベントの経験なども、抑うつに影響している可能性がある。第三に、対象者のドナーが生体間移植に偏っていることである。拒絶反応もなく、合併症も認められない“成功した移植”にもかかわらず、逆にうつ病が生じると報告されている「逆説的うつ病」は、レシピエントが生体ドナーに対して罪の意識を感じることも要因のひとつとされている^{41, 68, 69}。今後は、死体腎移植のケースも調査対象として増やすことが、リスク要因抽出の精度を高めることになると考えられる。第四に、縦断研究ではないため、一部の項目は因果の方向性に関して確定できないことである。今後は、リスク要因の存在と抑うつの縦断研究を行い、更なる検証を行うことが必要である。

2.5. 結論

本研究では、腎移植レシピエントの精神健康状態の把握と移植後の抑うつを予測するリスク要因の明確化を行った。その結果、複数の移植実施施設で腎移植を受けたレシピエントの約4割が抑うつのハイリスク者であることや、抑うつのリスク要因は、「独居である」「定収入がない」「拒絶反応経験が多い」「自発性が低い」「年齢が高い」が抽出された。精神的ケアは、「拒絶反応経験」などの身体状況にも留意した上で、「独居である」「定収入がない」「年齢が高い」などの社会的状況や個別性も考慮する必要性が示唆された。また、「移植に対する自発性の低さ」が腎移植後の抑うつに影響することがあきらかとなったのは新しい知見であり、移植前の自発性の確認もケアのポイントといえる。リスク要因の臨床的有用性はさ

らなる研究が必要であるが、精神的ケアは、身体的状況に留意しつつ移植に対する自発性などの認識や社会環境も含めて考慮する必要があることが示唆された。

第3章 研究2 精神的ケアが必要な時期と有効な内的資源 要素の抽出ー腎移植レシピエントのストレス 対処タイプと抑うつとの関連ー

3.1. 目的と仮説

同じ様なストレスがあっても精神的健康度には個人差がある。これらは、個人のストレス対処などの内的資源の違いによるものと考えられる。先行研究において、ストレス対処がQOLや心理機能の低下に影響する可能性について抽象的な提言はあるが、具体的に腎移植レシピエントのストレス対処タイプや精神的健康との関連を明らかにした報告はない。ストレス対処タイプと「うつ」の関連が明らかになれば、精神的ケアやそのサポートのために有効な要素が抽出されることが期待される。本研究では、腎移植レシピエントのストレス対処タイプの傾向と精神的健康との関連の調査を行い、精神的ケアに有効な内的資源の要素を抽出することを目的とした。また、腎移植からの経過期間と精神的健康度に関する実証的な報告も成されていないため、移植後の経過期間と「うつ」ハイリスク者(以下、ハイリスク者)数の関連を把握することで精神的ケアが必要な時期に関しても考察した。

仮説①

腎移植レシピエントのストレス対処タイプの傾向と精神的健康には関連がある。

仮説②

腎移植レシピエントは、移植からの経過期間があってもハイリスク者が一定数存在し、精神的ケアの必要性がある。

仮説①は、同じ様なストレスがあっても、精神的不調に陥るかどうかは個人差があることから、ストレス対処のタイプの傾向と精神

的健康度には関連があると考え、仮説を立てた。仮説②は、先行研究において移植前後、中長期に亘ってケアが必要であることが概念として報告されていることから、実証的に検証することとした。

3.2. 方法

3.2.1 対象および方法

調査対象は、日本の A 県の総合病院 2 施設において（A 県の移植実施施設はこの 2 施設のみである）、移植手術後の外来診療に通院する年齢 20 歳以上の腎移植レシピエント 130 名とした。対象となる条件は、主治医と検討した上で、手術そのものによる身体的ストレスや術後の免疫抑制剤による副作用を考慮して、移植後からの期間が 1 か月以上経過しており、移植後の身体状態において深刻な問題がないとされる腎移植レシピエントに限定した。なお、腎移植レシピエントは、うつに関する自己記入式質問紙および精神科医による事前の診断で、深刻なうつ状態ではないことが確認されており、精神的な問題がなく、移植後の自己管理が可能と判断された場合に移植手術が行われている。調査期間は 2014 年 1 月から 2016 年 7 月であった。本調査に先立ち、主治医が調査の趣旨を説明した後、臨床心理士および、移植コーディネータが調査の目的と内容の詳細を口頭および書面で説明した上で協力を依頼した。調査協力の了解が得られた後に、同意書への署名を得て、調査用紙と返信用の封筒を手渡した。その結果、130 名中 129 名から調査協力への同意が得られた（承諾率 99.2%）。そして、回答用紙を郵送及び通院時持参で返却された 109 名（男性 64 名、女性 45 名）を分析対象とした（回収率 83.8%）。平均年齢は 49.8 歳（±12.1）であった。本研究は当該 2 施設の倫理委員会の承認を得て行われた。

3.2.2. 質問項目

腎移植レシピエントの精神健康状態（うつ）の測定は、身体疾患のある患者のうつ指標である Patient Health Questionnaire 9（以下、PHQ9）によって抑うつ状態のレベルをたずねた。PHQ9は、DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の major depressive disorder（以下、大うつ病）の診断基準の各項目とも一致しており、9項目 27点満点中 10点以上は、大うつ病のリスクが高いとされている質問紙である⁷⁰。ストレス対処タイプは、Lazarus Type Stress Coping Inventory（以下、SCI）を用いて評価した。SCIは、ストレスが生じた際にどのように対処するかを評価する尺度で、64項目の質問から、8つのストレス対処タイプ（計画型、対決《感情先走り》型、社会支援模索型、責任受容型、自己コントロール《感情抑制》型、逃避型、離隔型、肯定価値型）の得点を測定する質問紙である。具体的な内容は、表4に示した。SCIは、Lazarusのストレス対処理論に基づいており⁴⁴、信頼性、妥当性も検証されている尺度である⁷¹。その他の変数である年齢、性別、教育期間、同居人の有無、職業については自己記入式質問紙でたずね、移植からの経過期間、透析期間、ドナータイプ（生体・死体）、拒絶反応回数、クレアチニン（腎機能）、原疾患に関しては本人の同意のもと、診療録から収集した。

表 4 SCI:Stress Coping Inventory (ストレス対処尺度)

ストレス対処タイプ	ストレス対処内容
計画型	問題解決に向けて現状を把握して計画的に解決方法を検討する、計画を実行する
対決型 《感情先走り型》	何かしなければ、という焦る感情が優先し、周囲と対決の可能性があっても場当たりに感情優先で体当たりする
社会支援模索型	問題解決のために専門家やソーシャルサポート・システムを活用する
責任受容型	責任感が強く、自分の役割を自覚して、問題があったり、失敗したりしても再チャレンジにつなげる
自己コントロール型 《感情抑制型》	嫌なことや受け入れがたい問題があっても自分の感情の抑圧し、気持ちを表出しない、我慢する
逃避型	問題解決からの逃避、他のことで感情を発散する。気分転換優先で問題そのものは解決しない
離隔型	問題と自己を離隔し、解決には消極的。問題からは距離を置く、考えないようにする
肯定価値型	問題を肯定的に受け止めて困難を乗り越えようとする、何事も自分の成長につながったとポジティブに受け止める

3.2.3. 統計解析

まず、レシピエントの基本属性や医療情報、精神健康状態を基本統計により把握した(表5)。PHQ9の得点から移植後の経過期間による大うつ病のハイリスク者の割合を把握した(図1)。次に、ストレス対処タイプの大まかな傾向を把握するために、SCIの8つの下位尺度による探索的因子分析を行い、ストレス対処の因子を抽出した(表6)。固有値1以上を因子抽出の基準とした。解析は、統計分析ソフトM-plusを用いて最尤法・oblimin回転による探索的因子分析を行った。因子間の複雑な相関が予測されるため、斜交回転であるoblimin回転を採用した。

さらに、ストレス対処の傾向と精神的健康の関連を検討するために、まず、PHQ9で算出されたうつ得点を従属変数に、SCIから抽出した因子得点1,2を独立変数に重回帰分析①(表7 Model 1)を行

い、さらに確認のためにロジスティック回帰分析(表 8)も行った。次に、うつ得点を従属変数に、個人属性と医療情報を独立変数に重回帰分析②を行った(表 9 Model 2)。最後に、うつ得点を従属変数に、すべての変数を独立変数に投入して重回帰分析③を行った(表 10 Model 3)。解析には SPSS version 24 を使用した。

3.3 結果

3.3.1. 対象者の基本属性

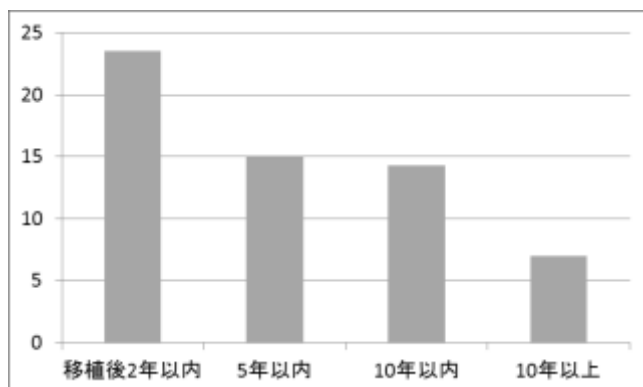
解析対象者のレシピエントの基本属性および健康状態を表 5 に示した。PHQ9 は、平均 3.69 (±4.59) で、27 点満点中 10 点以上のハイリスク者は 109 名中 15 名 (13.8%) であった。移植後経過年数によるハイリスク者の割合は、移植後 2 年以内が 18 名中 5 名 (27.8%)、2 年以上 5 年以内は 20 名中 3 名 (15%)、5 年以上 10 年以内は 29 名中 4 名 (13.8%)、10 年以上は 42 名中 3 名 (7.14%) であった(図 1)。また、移植後 10 年以内のハイリスク者の総数は 67 名中 12 名 (17.9%) であった。

表 5. 腎移植レシピエントの基本属性

		腎移植レシピエント (n=109)			
		平均	SD	n	%
性別	男性			64	58.7
	女性			45	41.3
年齢		49.8	12.1		
同居人	同居人あり			101	92.7
	独居			8	7.3
職業(定収入)	職業あり			95	87.2
	無職			14	12.8
教育期間(年)	<=12			59	54.1
	14-15			28	25.7
	>=16			22	20.2
ドナーの種類	生体腎			87	79.8
	死体腎			22	20.2
透析期間(月)		72.5	81.5		
移植してからの期間(月)		114.6	93.3		
拒絶反応回数	0回			80	73.4
	1回			20	18.3
	2回			4	3.7
	3回			4	3.7
	10回以上			1	0.9
クレアチニン(mg/dl)		1.68	0.9		
ヘマトクリット		36.78	4.9		
原疾患	CGN(慢性糸球体腎炎)			41	37.6
	IgA腎症			15	13.8
	DM(糖尿病)			6	5.5
	rejected(拒絶反応)			3	2.8
	多発性のう胞腎、のう胞腎、紫斑病性腎炎、腎硬化症、妊娠腎、FGS(単状糸球体腎炎)、MPGN(膜性増殖型糸球体腎炎)各2人			2	1.8
	その他(1人ずつ)			30	27.5
PHQ9(うつ尺度)		3.7	4.6	1	
	ハイリスク(≧10)			15	13.8
	ローリスク(<10)			94	86.2

SD:standard deviation

図 1. 移植後経過年数におけるハイリスク者（PHQ9 ≥10）の割合



3.3.2. 因子分析の結果

SCI の 8 つのストレス対処タイプを因子分析した結果、2 因子解を抽出した（表 6）。因子 1 は、「計画型」「肯定評価型」「責任受容型」「社会支援模索型」から構成され、問題自体に向き合いポジティブに直接解決しようとする特徴を持つと考えられた。このため、因子 1「問題に直接対応」と因子名をつけた。因子 2 は、「離隔型」「自己コントロール《感情抑制》型」「逃避型」「対決《感情先走り》型」から構成され、問題自体とは向き合わず、解決せずにストレスに対する感情を発散させている特徴があると考えられた。このため、因子 2「問題回避ストレス発散」と因子名をつけた。

表 6. SCI 項目による因子分析

	因子 1	因子 2
計画型	0.83	0.07
肯定価値型	0.74	0.19
責任受容型	0.64	0
社会支援模索型	0.34	0.1
離隔型	0.01	0.85
自己コントロール型	0.19	0.56
逃避型	0.05	0.53
対決型	0.36	0.38
固有値	3.611	1.119
累積寄与率	45.13	59.12

3.3.3. ストレス対処タイプとうつの関連

次に、ストレス対処タイプとうつの関連は、PHQ9 を従属変数とした重回帰分析①において、独立変数である因子1「問題に直接対応」はうつ得点を有意に低くする関連があり（95%CI: -1.174 - -0.310, $p=0.001$ ）、因子2「問題回避ストレス発散」はうつ得点を有意に高くする関連があった（95%CI: 0.563 - 2.224, $p=0.001$ ）（表7 Model 1）。うつ得点と因子1,2の関連は、ロジスティック回帰分析によっても確認した（表8）。重回帰分析①の結果と同様に、因子1「問題に直接対応」はうつ得点を有意に低くする関連があり（調整後オッズ比:0.566, 95%CI: 0.392 - 0.819, $p=0.002$ ）、因子2「問題回避ストレス発散」はうつ得点を有意に高くする関連があった（調整後オッズ比 3.142, 95%CI: 1.501 - 6.577 $p=0.002$ ）。

表 7. ストレス対処タイプとうつの関連：重回帰分析①

Model 1						
(n=109)	B	SE	β	P Value	95%CI (lower limit value)	95%CI (upper limit value)
Constant	4.167	0.495		0.000	3.183	5.150
SCI-因子1	-0.742	0.217	-0.544	0.001	-1.174	-0.310
SCI-因子2	1.394	0.418	0.531	0.001	0.563	2.224

B, unstandardized coefficient; β , standardized coefficient; SE, standard error.

表 8. ストレス対処タイプとうつの関連（ロジスティック回帰分析）

	B	SE	P Value	Odds	95%CI (lower limit value)	95%CI (upper limit value)
constant	-2.148	0.429	0	0.117		
SCI-因子1	-0.569	0.188	0.002	0.566	0.392	0.819
SCI-因子2	1.145	0.377	0.002	3.142	1.501	6.577

B, unstandardized coefficient; SE, standard error; Odds, Odds ratio after adjustment

3.3.4. 個人属性及び移植に関する特性とうつとの関連

個人属性および、移植に関する特性とうつとの関連は（表9, Model 2）、職業がある方がうつ得点が有意に低くなり（95%CI: -8.486 - -2.318, $p=0.001$ ）、拒絶反応は経験回数が多いほど、うつ得点が有意に高くなった（95%CI: 0.624 - 2.143, $p=0.001$ ）。

表 9. ストレス対処タイプ以外の要因とうつとの関連：重回帰分析②

Model 2						
	B	SE	β	P Value	95%CI (lower limit value)	95%CI (upper limit value)
Constant	14.469	3.430		0.000	7.642	21.297
性別①	-0.030	0.967	-0.003	0.976	-1.954	1.895
年齢	-0.044	0.045	-0.107	0.331	-0.135	0.046
職業②	-5.402	1.549	-0.344	0.001	-8.486	-2.318
教育年数	-0.320	0.365	-0.091	0.382	-1.046	0.406
同居人③	-1.538	1.780	-0.089	0.390	-5.081	2.004
透析期間	-0.003	0.007	-0.052	0.650	-0.016	0.010
移植後期間	-0.008	0.005	-0.151	0.136	-0.019	0.003
ドナータイプ④	-0.460	1.497	-0.037	0.759	-3.440	2.520
拒絶反応回数	1.383	0.382	0.355	0.001	0.624	2.143

B, unstandardized coefficient; β , standardized coefficient; SE, standard error.

①男性:0 女性:1 ②無職:0 職業あり:1 ③独居:0 同居人あり:1 ④生体腎:1 死体腎:2

3.3.5. すべての変数とうつとの関連

すべての変数を投入した結果においても(表 10, Model 3)、因子 1「問題に直接対応」はうつ得点を有意に低くする関連があり(95%CI: -1.040- -0.198, p=0.005)、因子 2「問題回避ストレス発散」は、うつ得点を有意に高くする関連があった(95%CI: 0.155-1.799, p=0.02)。また、個人属性および、移植に関する特性とうつとの関連は、職業がある方がうつ得点が有意に低くなり(95%CI: -7.666- -1.618, p=0.001)、拒絶反応は経験回数が多いほど、うつ得点が有意に高くなった(95%CI: 0.650-2.134, p=0.001)。

表 10. ストレス対処タイプおよびそれ以外の要因とうつとの関連
:重回帰分析③

Model 3						
	B	SE	β	P Value	95%CI (lower limit value)	95%CI (upper limit value)
Constant	12.646	3.364		0	5.947	19.344
SCI-因子1	-0.619	0.212	-0.455	0.005	-1.040	-0.198
SCI-因子2	0.977	0.413	0.374	0.020	0.155	1.799
性別①	-0.055	0.929	-0.005	0.953	-1.906	1.796
年齢	-0.023	0.044	-0.055	0.610	-0.111	0.065
職業②	-4.642	1.519	-0.296	0.003	-7.666	-1.618
教育年数	-0.086	0.366	-0.024	0.815	-0.815	0.643
同居人③	-2.261	1.736	-0.131	0.197	-5.717	1.195
透析期間	-0.001	0.007	-0.019	0.869	-0.014	0.012
移植後期間	-0.008	0.005	-0.138	0.162	-0.018	0.003
ドナータイプ④	-0.585	1.441	-0.046	0.686	-3.455	2.284
拒絶反応回数	1.392	0.373	0.358	0.000	0.650	2.134

B, unstandardized coefficient; β , standardized coefficient; SE, standard error.

①男性:0 女性:1 ②無職:0 職業あり:1 ③独居:0 同居人あり:1 ④生体腎:1 死体腎:2

3.4. 考察

3.4.1. ストレス対処タイプとうつの有意な関連

本研究は、腎移植レシピエントの移植後経過年数とうつハイリスク者数の関連を把握した上で、ストレス対処タイプを抽出し、うつ得点との関連を検討した。因子分析を行った結果、2因子が抽出された。因子1「問題に直接対応」はうつを低くする関連があり、因子2「問題回避ストレス発散」はうつを高くする関連があることを説明していた。よって、問題から逃げずに直接対応するストレス対処に着目することが精神的ケアに有効な要素のひとつであることが明らかとなった。

移植レシピエントを対象にストレス対処との関連を調べた先行研究において、「うつ」そのものをアウトカム指標にしたものは報告されていないが、感情やQOLをアウトカムにしたものは海外には存在する。Golfieri Lらは、レシピエントの感情に焦点をあてたストレス対処の使用は心理的苦痛および好ましくない心理的機能に関連することを示したと報告している⁷²。Whiteらは、問題解決の対処法を使用した腎移植レシピエントは、良いQOLを保っていることを認識しており、回避対処を用いたレシピエントは、統計的に有意に低いQOLと関連していたと報告した⁷³。また、Ruzyczka EWらは、心臓移植を受けたレシピエントにおいて、問題解決に焦点をあてたストレス対処は適度に良いQOLであり、逆に感情に焦点をあてたり回避的な行動を取ったりするストレス対処はQOLが悪く、QOLの悪さはmajor disorderの蔓延を予測する因子であると示している⁷⁴。同様に、Dew MAも、回避的対処の使用は心臓移植後の1年間の高い心理的苦痛レベルを示していたと報告している⁷⁵。また、臓器移植レシピエント以外を対象とした研究においても、多くの先行研究が、「問題や課題に直接対応する対処」の方が「感情的対処」や「回避的対処」より、心理的苦痛が少なくQOLが良いことを報告している^{47, 76, 77}。これらの先行研究は、本研究の「回避や感情に焦

点をあてたストレス対処はうつ得点が高い」という結果と方向性が一致している。その中でも本研究では、腎移植レシピエントを対象に、ストレス対処の傾向と「うつ」そのものとの関連を証明することができた。従って、仮説①は支持されたと言える。

腎移植レシピエントを対象とした先行研究で、ストレス対処のタイプと「うつ」そのものとの関連を直接的にあきらかにしたものは、我々の知る限り見当たらないが、多くの QOL 尺度の得点は「うつ」や心理的な概念が中核的な要素のひとつとして含まれているため、我々の調査結果も先行研究と矛盾するものではない。レシピエントの精神的ケアを検討する上で、問題解決に焦点をあてたストレス対処能力を向上させることは、精神的不調を予防する重要な要素、指標のひとつになると考える。

3.4.2. 移植後経過年数とうつハイリスク者数の関連

腎移植レシピエントの精神的ケアが必要な時期を考察する。抑うつ状態を測定する質問紙である Zung の SDS を用いた我々の先行研究では、「うつ」のリスクが高いとされるカットオフポイント以上のレシピエント（以下、ハイリスク者とする）は 40% 台と極めて高く^{17,21}、本研究においても、全体で 13.8%、移植後 2 年以内で 27.8% と移植直後の短期間内にハイリスク者が特に多い傾向にあった。さらに、移植後 10 年以内においてもハイリスク者は 17.9% と高い割合であった。

レシピエントの精神医学的問題に関しては、先行研究においても、Akman や Szeifert.L らは腎移植レシピエントの 22% に「うつ」が認められたと報告してするなど^{58,62}、ハイリスク者が一定量存在することが報告されており、我々の研究とも一致している。移植による身体的健康の回復が順調であっても、移植後早期から「うつ」の診断および治療は行うことが望ましいと言える。

さらに、本研究の結果において、移植後 10 年以上の患者でも、ハイリスク者が 7% 以上存在することは、時間経過のみで精神的

不調が解決しないこともあるということである。よって、長期に亘ってケアは必要であると考えられる。従って、仮説②は支持された。

3.4.3. 精神的ケアに向けて必要な要素の検討

以上から、腎移植後は「うつ」の存在を長期に亘って疑うとともに、レシピエント本人のストレス対処の傾向を把握してサポートすることが有効な支援につながると考えられる。そして、これらの「うつ」やストレス対処タイプの第一段階の簡易調査は精神科や臨床心理の専門家以外でも施行可能である。また、一般的な適応障害を対象にした先行研究においても、問題解決を主眼においたストレス対処能力を向上させることで、柔軟で適応的なストレス対処が可能になるという報告があり、本人の問題解決能力を高める心理療法がケア方法のひとつとして提案されている⁴⁷。我々の先行研究においても、腎移植後に様々なストレスを抱え、遷延化した抑うつを呈した腎移植レシピエントに対して問題解決に主眼をおいた心理療法によるアプローチが効果を示したケースを報告している³¹。以上から、多様なストレスに曝露されている移植レシピエントに対して、早めに、問題対処能力を積極的に向上させるようなストレス対処教育を行うことが有効であると考えられる。

3.5. 本研究の限界と課題

本研究の限界並びに課題は、第一に、本研究の調査対象者は、死体腎ドナーの臓器提供による移植は少なく、比較するための統計分析ができなかった。より精度の高い結果を出すために今後は死体腎移植のレシピエントの対象人数を増やす必要がある。第二に、縦断研究ではないため、因果の方向性に関して確定できないことである。因果の逆転(うつであるためストレス対処が変わるということ)を否

定できない)の可能性も考えられる。また、今回はうつによる精神的不調をアウトカムとしたが、今後は精神的健康度の高いレシピエントに対しても調査を行い、ストレス対処とメンタルヘルスやストレス対処と Well-being 等の全容解明が必要であると考えられる。

3.6. 結論

本研究は、腎移植後の時期および、個人のストレス対処の違いと、うつとの関連に着目して調査を行った。腎移植後の時期において、移植手術直後は最も注意する必要があるが、時間が経過してもうつのハイリスク者は存在しており、特に術後 10 年間は注意が必要であることが明らかとなった。また、腎移植レシピエントのストレス対処因子 1「問題に直接対応」はうつ得点を低くする関連があり、ストレス対処因子 2「問題回避ストレス発散」はうつ得点を高くする関連があった。精神的ケアについては、長期に亘る必要性があることから、そのことも視野に入れて、早期にうつの簡易版質問紙調査とストレス対処タイプの調査を施行し、「問題解決」に主眼をおいたストレス対処教育を実施する必要性が示唆された。

第4章 研究3 ケアをサポートする外的資源の検討 精神的ケアに関する課題と対策

4.1. 目的

研究2では、腎移植レシピントの移植手術直後(急性期)および、中長期(慢性期)に亘って精神的ケアの必要性が示された。移植における急性期医療と慢性期医療の高い質を保つためには、チーム医療による多職種連携が必要であるとされている²⁸。特に精神的ケアに関しては、身体面の状況を管理・把握している医療従事者によるサポートが重要である。

一方、チーム医療における課題のひとつはケアに対する認識の違いであり⁵²、職種間で「目標や価値観の一致が困難」という報告もあるが⁵²、これまで多施設の移植医および移植医以外の看護師、移植コーディネータ等のメディカルスタッフ(以下、メディカルスタッフ)に対して、精神的ケアやそのサポートに関して調査した報告は我々の知る限り存在しない。本研究では、精神的ケアの実施にあたってサポート体制(外的資源)を充実させるために有効な要素を質的側面から抽出することを目的としている。具体的には、腎移植レシピエントの精神面の困難ケースに対する認識や対応、精神的ケアの専門家との連携等に関して、移植医とメディカルスタッフの認識の違いに焦点をあてて、現状や課題を検討した。さらに、対策として、現場のスタッフが精神的ケアにとって必要であるとしている知識や技術、サポートシステムについて、明らかにすることも目的とした。なお、本研究において、精神面の困難ケースとは、専門家との連携が必要と考えられるような精神疾患のほか、生活や人生全般の様々な問題による心理的葛藤および、その影響で生活や自己管理に支障が出る、時には周囲も巻き込んで事例化しているような状態を指している(以下、困難ケース)。

4.2. 方法

4.2.1. 対象と調査時機

方法 1, 2 ともに同じ対象である。調査時期や機会を次に示した。

①メディカルスタッフ

2015 年 11 月に行われた第 42 回日本臓器保存生物医学会・JATOCO 共催の学会に伴う教育セミナーと、2016 年 9 月、11 月、12 月に CKD・移植勉強会主催により第 52 回日本移植学会に合わせて行われた勉強会および、補足的に東京・大阪で実施された勉強会においては全国の移植や腎不全患者にかかわるコーディネータや看護師を対象に、2016 年 1 月に行われた富山県移植推進財団主催 2015 年度勉強会および、2016 年 12 月に行われた筆者の所属する施設の移植に関する勉強会では、それぞれの組織に所属するエリア内のコーディネータや看護師を対象に、合計 67 名（男性 5 名、女性 62 名、回収率 94.4%）を対象とした。

②移植医

2017 年 7 月に行われた日本臨床腎移植学会腎移植認定医第 13 回集中教育セミナーに参加した移植医 46 名（性別：男性 41 名、女性 4 名、無回答 1 名、回収率 92%）を対象とした。

4.2.2. 方法 1 困難ケースに対する認識の違いに関する量的検討

腎移植レシピエントのための精神的ケアに関する教育セミナー（精神的ケアに関する基本知識の習得、困難ケースへの介入タイミングや実践的な介入方法、身体面と精神面の関連等）を実施後、自己記入式質問紙による調査を行った。調査内容は、これまでに経験した腎移植に関する困難ケースの存在（ある、ない）に対する認識と、困難ケースに関する専門家との連携についての認識（連携でき

ている、連携できていない、連携の必要がない)についてたずねた。解析は、移植医とメディカルスタッフの認識の違いを χ^2 二乗検定によって比較検討した。

4.2.3. 方法2 困難ケースの内容に関する質的検討

方法1と同じ自己記入式質問紙における自由記述および補足ヒアリングにおいて、精神面の困難ケースと認識しているケースの具体的な内容、精神面の専門家と連携できていないと考える際の理由、精神面のケアを行う上で希望するサービス・資源等についてたずね、質的研究法のひとつであるKJ法によって吟味した。なお、KJ法の成果物のひとつである「図解」については、KJ法の教育者である川喜田晶子氏（「霧芯館－KJ法教育・研修－」主宰）のアドバイスを得て作成した⁷⁸。完成した図解や叙述は、移植にかかわった経験のある移植医、精神科医およびメディカルスタッフが矛盾や偏りがないかを確認した。

4.2.4. KJ法について

質的研究で広く用いられるKJ法は⁷⁹⁻⁸¹、民族地理学者、川喜田二郎（KJ）の創案による質的検討方法で、「分野や対象を選ばず、既成の概念にとらわれた分類や整理、要約ではなく、得られたデータからボトムアップで新しい秩序を作る手段」であり^{78, 81-83}、「仮説発想的、本質的追求的で、当時者にも隠された真実を明らかにする」という本質がある⁷⁸。それにより、「個性、総合型追求の科学」へとなり得るとされている⁸¹。本研究では、合計約100名の自由記述それ自体から、新たな本質が浮上するのではないかと考え、KJ法を用いることとした。

4.2.5. KJ法による本研究の検討の流れ

以下、「霧芯館－KJ法教育・研修－」によるKJ法の流れを示す。KJ法は、広義のKJ法と狭義のKJ法に分けられる。狭義のKJ法は、データを元にしたラベルづくりに始まり、ラベル群のグループ編成による統合を行って、最終的に図解化、叙述化までを行う。なお、一般的にはデータに対して「分析」作業が行われるが、KJ法は、分析や既成のカテゴリによる分類・解釈などによらず、データをして“語らしめる”ことで統合・構造化を行って本質を見出す方法論のため、あえて「分析」ではなく、「データ検討」と表記する⁷⁸。

本研究におけるKJ法の図解化・叙述化の手順を示す。はじめに、質問紙調査の自由記述と補足ヒアリングによる内容を検討し、1つのラベルに1つの内容が収まるようにラベル化し、移植医77枚、メディカルスタッフ113枚のラベルを得た。その後、すべてのラベルを模造紙に配置して「探検ネット」を作成し、全体感（質のバラエティーや重複感）をつかんだ。そして、「探検ネット」上のラベルを、重複・類似する内容のラベルはまとめた上で、「多段ピックアップ」によって段階的にピックアップして精選した。結果、メディカルスタッフは113枚のラベルをまとめて77枚のラベルとし、多段ピックアップにより46枚のラベルを精選した。移植医は77枚のラベルを51枚のラベルにまとめ、多段ピックアップにより、36枚のラベルを精選した。これらの方法で絞り込んで精選した結果、メディカルスタッフ46枚、移植医36枚を元ラベルとして「狭義のKJ法」を実施した。グループ編成（ラベル広げ・ラベル集め・表札づくり）において、統合されたイメージを文章にし、ラベル化したものを、「表札」と呼ぶ。セットにならないラベルは「一匹狼」と呼ぶ。統合の結果を図解化するが、図解上でのラベル群のまとまりを「島」と呼ぶ。また、図解上で、表札末尾の○数字は、何段階目の表札であるかを示す。ラベルや表札末尾の●は一匹狼の印で、●の数が、何段階目のラベル集め終了時に一匹狼になったかを示す。

そして、最終統合の各島には「シンボルマーク」という象徴的概念が与えられる。島同士の関係は、関係線で示される。結果では、図解（図 2、図 3）とそこから叙述化した検討内容を示した。

4.3. 結果

対象者の基本属性は、表 11 に示した。

4.3.1. 困難ケースの存在と専門家との連携

精神面の困難ケースに関して、メディカルスタッフは 67 名中、「ある」が 60 名（90%）、「ない」は 7 名（10%）であり、移植医は 46 名中、「ある」が 25 名（54%）、「ない」は 16 名（35%）、無回答 5 名（11%）であった。メディカルスタッフの方が移植医よりも「困難に感じている」割合が有意に多かった（ $p < .0001$ ）。

一方、精神面の専門家との連携に関する認識は、メディカルスタッフは 67 名中、「連携できている」は 30 名（45%）、「できていない」は 37 名（55%）、移植医は 46 名中、「できている」は 29 名（63%）、「できていない」は 13 名（28%）であった。また移植医の中には、「連携の必要がない」と答えた人も 4 名（9%）存在した。連携に関する認識の差についても有意であった（ $p < .05$ ）。

表 11. 対象の基本属性

職種	メディカルスタッフ n=67 (移植コーディネータ 55 名 看護師 12 名)	移植医 n=46
年齢	20 代 13 名	30 代 7 名
	30 代 29 名	40 代 19 名
	40 代 22 名	50 代 13 名
	50 代 3 名	60 代 6 名
		無回答 1 名
移植担当 年数	5 年以内 28 名	5 年以内 2 名
	6 年～10 年 25 名	6 年～10 年 15 名
	11 年～20 年 10 名	11 年～20 年 17 名
	20 年以上 2 名	20 年以上 8 名
	無回答 2 名	無回答 4 名
移植担当 平均件数	110.9 件 (SD 93.4) * 200 件以上担当 : 6 名	116.7 件 (SD 50.2) * 200 件以上担当 : 11 名

4.3.2. 困難ケースの質的検討

KJ 法により、最終的にメディカルスタッフは 113 枚のラベルから 46 枚に精選して A から I の 9 グループに統合し、移植医は 77 枚から 36 枚のラベルを精選して J から N までの 5 グループに統合した (表 12)。KJ 法によって図解化した略図は図 2、図 3 に示した (いずれも、ラベル群の「グループ編成」における第一段階の統合結果以降を示した略図である)。以下に、これらの略図には示していない元ラベルも適宜引用しつつ、それぞれの島 (アルファベット A～N およびシンボルマークで示した) ごとに内容をまとめた。元ラベルの内容は、「」で示している。なお、KJ 法は「データをして語らしめる」技法が一貫するように、元ラベルの表現は移植医とメディカルスタッフの視点から見た表現をそのまま採用した。それら

を統合した「表札」の表現も、その視点を代弁する表現でまとめており、研究者の視点や解釈の混入を避けている。そのことで、図2ではメディカルスタッフが、図3では移植医が、それぞれ移植医療における精神的ケアについてどのように認識しているのかが構造化されている。

表 12. 困難ケースおよび精神的ケアに関する認識（グループ名）

メディカルスタッフ		移植医	
移植によって生ずる複合的問題に対応困難		身体面の治療に集中したいが難渋	
A	移植の意思決定やドナー選択の葛藤	J	移植特有の問題の難しさ
B	対応困難な様々な精神状態	K	生命の危機に影響する問題
C	移植への期待外れ、新たなストレスの出現	L	精神面の疾患、移植後の空虚感
D	Ptの個人要因や障害の影響	M	時間的限界、マンパワー・専門資源の不足
E	“移植がひきがね”潜在的な問題の顕在化	N	日本版マニュアル、教育、役割分担、サポートを要望
F	精神的ケアに関する対応の限界		
G	スタッフ側のジレンマや葛藤		
H	“精神科との連携”に対するハードル		
I	教育機会やサポート体制の充実を要望		

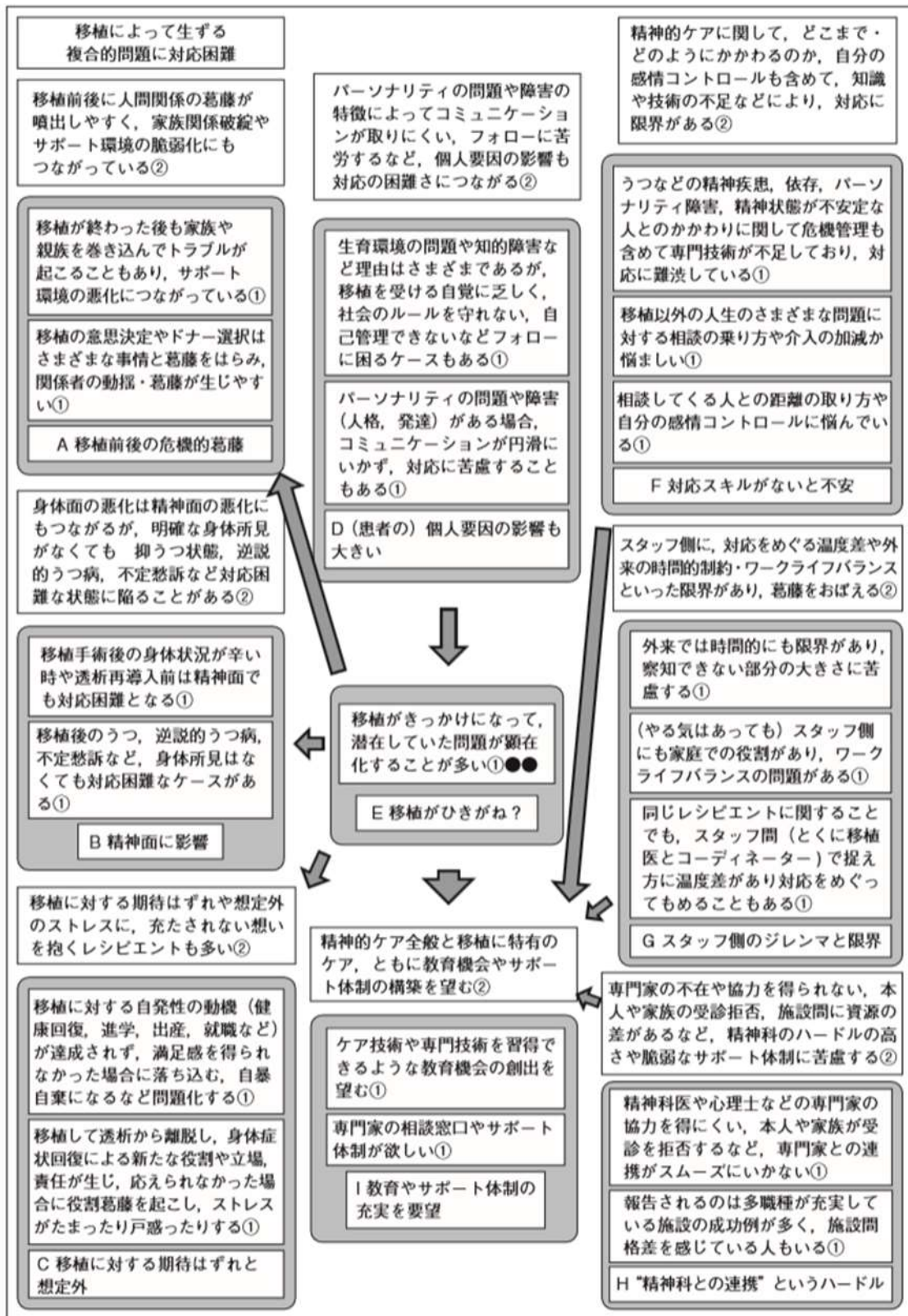


図 2. KJ 法による図解 (メディカルスタッフ)

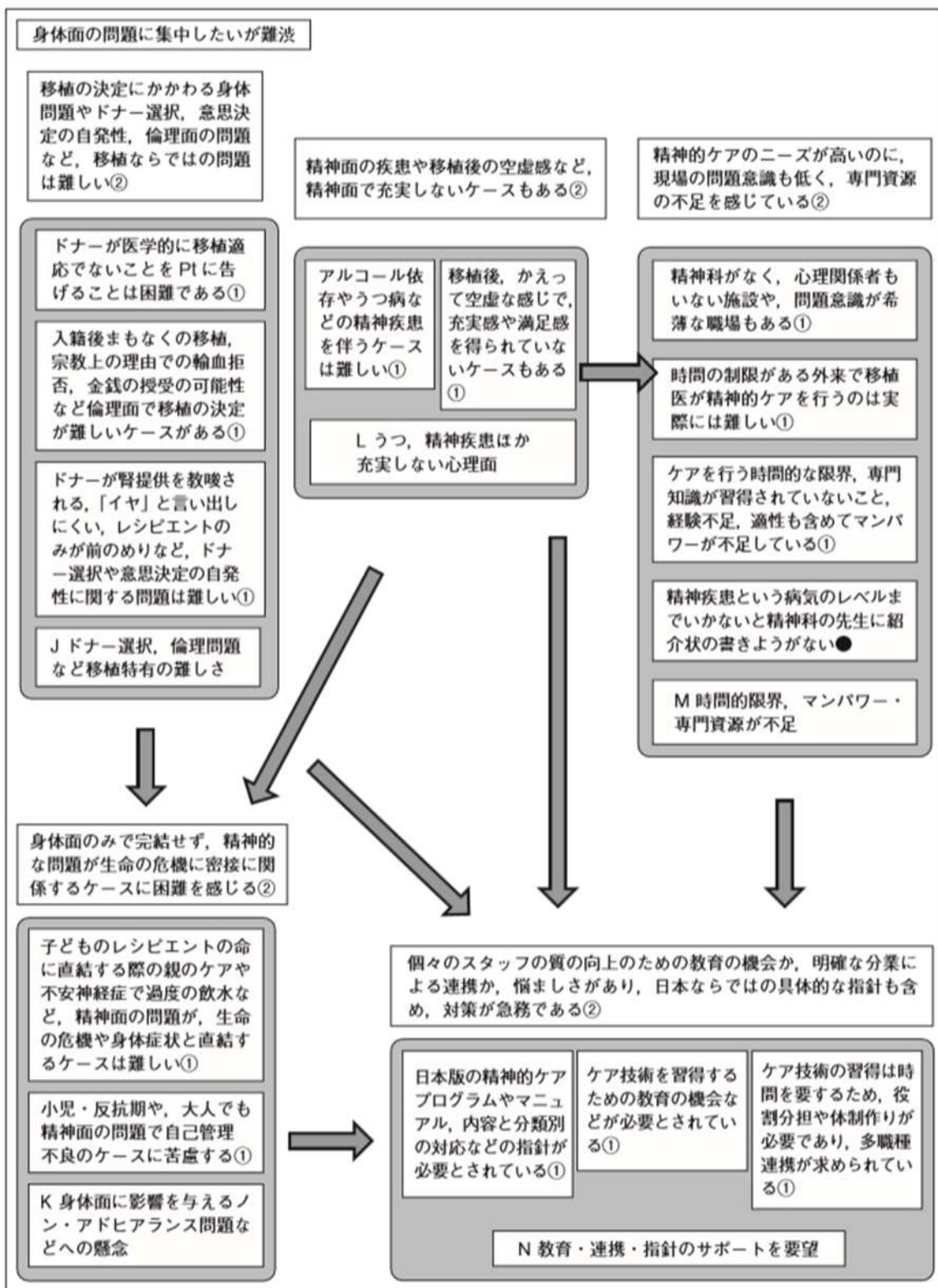


図 3. KJ 法による図解（移植医）

4.3.3. メディカルスタッフの認識の特徴

KJ 法の手法によって浮き彫りにしたメディカルスタッフのグループの共通のテーマは、“移植によって生ずる複合的問題に対応困難”である。各グループのシンボルマーク（タイトル）を『 』に示した。斜字は図解において数字②と共に示されている統合されたラベルの内容である。

① 移植をきっかけに、潜在していた問題が顕在化

A 『移植前後の危機的葛藤』

（移植の意思決定やドナー選択に関して表出する問題）

メディカルスタッフは、移植にはいろいろなことが起きることを認識している。特に移植の意思決定やドナー選択に関しては、各家庭ごとに事情や状況は異なるものの、「レシピエント（夫）に 20 年来の彼女がいて、本妻がレシピエントから『ドナーになれないなら、離婚して彼女と結婚する』と言われた時の本妻のフォロー」「きょうだい間移植で乗り気でなかった弟が渋々ドナーになって沈んでいた」「移植直前にドナーが提供を拒否して、ドナー、レシピエント、家族のフォローが大変だった」など、様々な事情と葛藤をはらみ、関係者の動揺・葛藤が生じやすい。また、「母（ドナー）が躁うつ病で、移植後、レシピエントに対して『あなたのせいで大変な想いをしている』となじり、レシピエントはハンガーストライキを起こして入院した」「移植後の社会復帰をめぐるトラブルが起きることが多く、家族や親族を巻き込んで関係がうまくいかなかったケースがあった」など、移植が終わった後も家族や親族を巻き込んでトラブルが起こることもある。

以上のように、移植前後に人間関係の葛藤が噴出しやすく、家族関係破綻やサポート環境の脆弱化にもつながっている。

B『精神面に影響』

(抑うつ状態、逆説的うつ病、不定愁訴など対応困難な精神状態)

「拒絶反応を繰り返したレシピエントが、『移植した意味がない』と訴えて来た」「人工透析再導入前・導入時の患者の対応が難しかった」など、移植手術後や透析再導入前後の身体状況が辛い時は精神面でも対応困難となる。また、「移植後、身体状態は悪くないのに“うつ”の状態レシピエント」といった Paradoxical depression: 逆説的うつ病(腎移植後、順調な身体回復経過をたどっているにもかかわらず、うつ状態に陥っている状態^{41, 68, 69})が疑われる状況や「不眠、食欲不振、倦怠感などの『不定愁訴』を訴え、拒薬につながることもある」など、明確な身体所見はなくても対応困難なケースも存在する。

以上のように、*身体面の悪化は精神面の悪化にもつながるが、明確な身体所見がなくても抑うつ状態、逆説的うつ病、不定愁訴など対応困難な状態に陥ることがある。*

C『移植に対する期待はずれと想定外』(新たなストレスの出現)

「子どもが欲しくて移植したが、交際相手の親から移植したことを理由に結婚を反対されて破談となり、その後、相手が見つからず、生活が荒れていた」「移植をしたら仕事をして収入を得たかったが、就職が決まらず、年金支給も打ち切られ生活苦となり、うつ状態になった」「大学進学を目標に移植したが、成績が伸びずに期待外れで本人も家族もがっかりと落ち込んでいた」など、移植に対する自発性の動機(健康回復、進学、出産、就職など)が達成されず、満足感を得られなかった場合に「落ち込む」「自暴自棄になる」など問題化する。また、「移植後に健康を取り戻せたことで、家事や介護の役割を担うことになり、本人の能力を越えてキャパ越えしている」「移植後、ドナーからの干渉と期待が大きくなり疲弊しているレシピエント」など、移植して透析から離脱し、身体症状回復による新たな役割や立場の獲得により、ノルマや責任が生じる。そして、その期待に応えられなかった場合に役割葛藤を起こし、ストレスが

たまったり戸惑ったりする。

このように、移植に対する期待はずれや想定外のストレスなど、移植特有の状況に満たされない想いを抱くレシピエントも多い。

D『(患者の) 個人要因の影響も大きい』

(パーソナリティの問題や種々の障害の影響)

「一日に何度も電話してきて長時間に渡って愚痴り、切ろうとすると『冷たい』と泣き出し、スタッフを攻撃して来た(パーソナリティの問題)」「移植による標準的な痛みや身体の違和感を他人のせいにして攻撃的なレシピエント」「『いつでも相談して下さい』と伝えたら、本当に真夜中や早朝に急ぎではない電話をしてきて困った(発達障害エピソード)」「攻撃性のあるレシピエントで、医療者、ドナー、家族に対しても攻撃し、最終的には一人のナースをターゲットに病院にも訴え、スタッフがフォローするのに大変だった(パーソナリティの問題)」など、パーソナリティの問題や発達障害がある場合、コミュニケーションが円滑にいかず、対応に苦慮することもある。また、「病室に悪い仲間を呼んでマージャンをするなど患者の自覚がなく、非行行為がひどかった」「知的に障害があって決まりを守れず、病室で煙草を吸うなどコンプライアンスが悪い人」「知的障害があって、免疫抑制剤を買い忘れる、飲み忘れるなど自己管理が悪くてフォローに苦労した」など、移植を受ける自覚に乏しく、社会のルールを守れない、自己管理できないケースもある。

以上のように、パーソナリティの問題や障害の特徴などによってコミュニケーションが取りにくい、フォローに苦労するなど、個人要因の影響も対応の困難さにつながる。

E『移植がひきがね?』(潜在的な問題の顕在化)

メディカルスタッフは「移植はほとんどのケースに何かある」と感じることも多く、特別なケースだけではなく、それぞれの家庭に潜在していた問題が、移植がひきがねとなって顕在化することが多いということを認識している。

②対応の限界とジレンマ、介入のための要望

F 『対応スキルが無いと不安』（精神的ケアに関する対応の限界）

「移植後にうつを発症した患者との話し方や話の聴き方がわからなかった。話してはいけないこともあるかと思うと怖かった」「自殺の危険があるかどうかの見極めがわからない」「移植しても尿が出ない、ADLもQOLも低下して本人も落ち込んでいる時の関わり方がわからない」「自分本位なレシピエントにふりまわされる。こちらも限界はあるが伝えにくい。どのようにかかわればいいのか困った（パーソナリティの問題に関するエピソード）」「コーディネータに依存してくる人にどのように対応したらよいかわからない。本人の“強み”を引き出したい」「イライラしていて対面が怖いとすら感じる人もいる」など、うつなどの精神疾患、依存、パーソナリティの問題、精神状態が不安定な人とのかかわりなどに関して、傾聴法や“強み”の引き出し方、さらに、危機管理も含めて専門技術が不足しており、対応に難渋している。また、「移植以外の困難な問題を相談されても、どこまで介入していいかわからない」「移植以外の人生相談の乗り方、相談に乗りたくないときの断り方などが難しい」など、移植以外の「進学」「就職」「結婚」「人間関係」といった、人生の様々な問題に対する相談の乗り方や介入の加減が悩ましい。さらに、「患者の重い話を聞いて抱え込み、こちらも落ち込んで仕事に支障をきたした。気分転換やストレス発散くらいではおさまらない」「腹が立つことや同情し過ぎることがあり、自分の感情を抑えるのが難しいと感じている」など、相談してくる人との距離の取り方や自分の感情コントロールに悩んでいる。

以上のように、精神的ケアに関して、“どこまで”“どのように”関わるのか、自分の感情コントロールも含めて、知識や技術の不足などによって対応に限界がある。そして、対応スキルがないことに不安を感じている。

G 『スタッフ側のジレンマと限界』

(職種間の温度差、時間的な限界)

「レシピエントのことで移植医から感情的に対応しすぎ、肩入れしすぎと言われた。こちらから見たら医師は身体のことしか見ていなくて冷たく感じる」「自己管理が出来ずに再移植となったレシピエントの二度目の移植をめぐる、『身体的に考えてやるべき』という移植医に対して、(コーディネータから)『本人に自覚がないうちは(やらない方がいい)』と意見を言うと、言い争いになった」など、同じレシピエントに関することでもスタッフ間(特に移植医とコーディネータ)で捉え方に温度差があり、対応をめぐる揉めることもある。また、「外来の短い時間の中で十分な時間を取ってかかわるのは難しく、異変を察知できずに亡くなられたことがあった」「移植後の入院中は喜びの方が大きく精神面の問題は表面化しにくいこともある。その後の外来では接する時間が短くて気づきにくい」など、外来では時間的にも限界があり察知できない部分の大きさに苦慮している。さらに、「自分の子どもの保育園のお迎えの時間があるが、他のスタッフが仕事をしていると帰りたいことを言い出しにくく、自分でも申し訳ないと思う」「介護など家庭の事情で物理的に対応できないこともあるが代わりがない」「時短勤務をお願いしたら『プライベートで忙しい時は、コーディネータの仕事は中途半端になるから今はやる時期ではないのでは?』と、先輩や移植医から言われた」など、(やる気はあっても)メディカルスタッフ側にも家庭での役割があり、ワークライフバランスの問題がある。

このように、スタッフ側にも、困難ケースの対応をめぐる温度差や外来での時間的制約・ワークライフバランスの難しさといった限界があり、葛藤を覚えることもある。

H 『“精神科との連携”というハードル』

(専門家の協力を得られない、受診拒否、施設間の資源格差)

精神科、心理士などの専門家の不在や、存在しても「精神科の先

生に相談しても『移植は状況や環境が大変なので落ち込んだり悩んだりするのは当たり前。精神的な病気ではない』と対応してくれなかった」「心理士さんから、『精神科の患者さんで手いっぱいです』と断られた。多職種連携は実際には難しい」など、精神面の専門家との連携の難しさを感じている。また「患者さんに精神科の受診をすすめたが、レシピエント本人と家族に『頭はおかしくない』『これ以上の薬は身体に悪いと思うので飲みたくない』と断られた」など、精神科医や心理士などの専門家の協力を得にくい、本人や家族の精神科に対する偏見により受診を拒否するなど、専門家との連携がスムーズにいかないという現実もある。また、「学会などで多職種連携でうまくいっているケースの発表はあるが、それは、すべてが充実している一部の恵まれた施設の場合の成功例であって、現実には厳しい。同じことをするのは無理」「成功しているケースばかり発表されると問題意識を持たれずにサポート体制が整わない気がする」「精神科医、心理士が常駐している施設は多くない。患者さんとのかわりに非常に困ることがある。相談できる人もいない」など、「報告されるのは多職種が充実している施設の成功例が多い」とし、施設間格差を感じている人もいる。

以上のように、専門家の不在や、存在しても協力を得られない、本人や家族の受診拒否、施設間に資源の差があるなど、精神科のハードルの高さや脆弱なサポート体制に苦慮している。

I 『教育機会やサポート体制の充実を要望』

(教育機会の創出やサポート体制の充実)

「メンタルヘルスの講習を受けて、レシピエントに目標を持たせること、信頼関係を築くことなどが大切だと思った。こういう講習をもっとしてほしい」「精神的ケアは対象によって、日々刻々と変化する。根拠や基本がわかれば自信を持ってコーディネートできると思う」など、ケア技術や専門技術を習得できるような教育機会の創出を望んでいる。また、「移植医療のスタッフが精神面のことも気軽に相談できる窓口になってくれるところが欲しい」「移植のメ

リット、デメリットを理解し、どのようなサポートが必要か分析できるような資源があったらいいと思う」など、精神的ケアやサポート体制の充実を要望している。

以上のように、精神的ケア全般と移植に特有のケア、ともに、教育機会やサポート体制の構築を望んでいる。

4.3.4. 移植医の認識の特徴

KJ 法の手法によって浮き彫りにした移植医のグループの共通のテーマは、“身体面の問題に集中したいが難渋”である。

①移植ならではの難しさ

J『ドナー選択、倫理問題など移植特有の問題の難しさ』

(移植の決定にかかわる様々な問題)

「献腎登録している移植希望患者に対し、身体状況が悪化し過ぎて登録の継続を（医学的に）中止するときの伝え方」「認知症のあるドナー候補への検査中に、自発性が不明になって移植出来ないことになり、移植希望患者のメンタル面に問題が生じた」など、医学的に移植適応でないことを移植希望患者に告げることは困難である。また、「移植前日にドナー候補者から腎提供の教唆があったと告白された」「家庭内の微妙な関係でドナー候補者が NO と言えなかった」「ドナー候補者の自発的意思が本当に自発的かよくわからないケース」「移植希望患者が移植に前のめりでドナー候補者が明らかに迷っている場合」など、ドナー選択や意思決定の自発性に関する問題は難しい。さらに、「結婚入籍後間もなくだったにもかかわらず、夫婦間移植を行ったケース」「ドナーが輸血を拒否する宗教の信者だった」「レシピエントードナー間の金銭の授受の可能性を否定できなかった」など、倫理面で移植の決定が難しいケースもある。

以上のように、移植決定にかかわる身体問題やドナー選択、意思決定の自発性、倫理面の問題など移植特有の問題は難しい。

K『身体面に影響を与えるノンアドヒアランス問題などへの懸念』

移植医は、「子どものレシピエントが移植を受け入れられず、怠薬で人工透析に戻ってしまった」、「大人の内服拒否」「ステロイドで悪化する可能性があったケース」「不安神経症で過度の飲水が身体に影響した」「子どものレシピエントが感染症を発症して生命の危険を来した時の両親への対応」など、精神面の問題やノン・アドヒアランス問題が生命の危機や身体症状と直結するケースは難しいと感じている。また、「小児患者（10歳）が怠薬のため腎廃絶、二次移植について家族の理解も悪いケース」「うつで自己管理がよい加減になっている患者」「レシピエントに知的障害があり自己管理の理解が悪い」「反抗的な若年レシピエント」「社会復帰が思うようにいかず、自暴自棄での飲酒など、アドヒアランスが低下した」など、小児・反抗期の発達段階や、大人でも精神面の問題で自己管理不良のケースに苦慮している。

このように、“医師”である移植医は身体面のみで完結せず、精神的な問題が生命の危機に密接に関係するケースに困難を感じて懸念している。

L『うつ、精神疾患ほか充実しない心理面』

（精神面の疾患、移植後の空虚感）

「移植後、アルコール依存になったレシピエントがいた」「移植後にうつ病になった」「“うつ”で家に閉じこもって外来に来られなくなり、訪問診療せざるを得なくなった」など、アルコール依存やうつ病などの精神疾患を伴うケースは難しい。また、「心にぽっかり穴があいた感じ」「人工透析が長く、移植に心がなじめていない感じの人がいる」など、移植後、かえって空虚な感じで、充実感や満足感を得られていないケースもある。

このように、移植ならではの問題は難しく、身体面のみの問題で完結せず、困難を感じている。移植したものの、精神面の疾患や移植後の空虚感など、心が充実しないケースを残念に思っている。

② 専門資源の不足

M『時間的限界、マンパワー・専門資源が不足』

(移植医が精神的ケアを行う時間的限界、スタッフの知識・経験不足による限界)

「施設内に精神科がなく心理の人もいないので連携できない」
「精神科医側に、この分野に積極的にアプローチする傾向がないことも問題である」「精神的ケアの需要は増えているが問題自体が認識されていない」など、精神科がなく心理関係者もいない専門資源が乏しい施設や、問題意識が希薄な職場もあるまた、「外来で一人の患者さんにとれる時間は限られているので医師が精神的ケアにまで対応するのは時間的に厳しい」「移植専門外来は、多岐にわたる医学的な課題を確認し迅速に対応する必要があるので、(外来の診察)時間は移植に関する身体的な課題を掘り下げることに使いたい。だから、あえて身体のこと以外は聞かない」など、時間の制限がある外来診療で移植医が精神的ケアを行うのは実際には難しい、とも感じている。また、「精神的ケアに関する具体的な指針がない。内容別に分類した対応マニュアルがあるとよい」など指針やマニュアルの不足、「精神的ケアの教育は受けていない。習得に時間もかかるのでは。多職種連携での分業が必要」など、役割分担の必要性、また、「コーディネータのキャラも様々。医療面でのケアは優れていても人柄が精神的ケアに向いていないタイプの人もある」「若いコーディネータだと、熱意はあったとしても人生経験豊富なドナーやレシピエントの悩みなどを抱えきれない可能性がある。相談にのるのは無理がある気もする」などスタッフの資質、経験、熱意による個人差なども危惧し、ケアを行う時間的な限界、専門知識が習得されていないこと、経験不足、適性も含めて専門資源のマンパワーが不足していると感じている。また、中には、「精神疾患という病気のレベルまでいかないと、『この方、人生の悩みがあります』という段階では、精神科の先生に紹介するのは医者としての失礼にあたる。紹介状の書きようもない。(精神科への紹介は)他の疾

患の専門家への紹介と比較して、紹介の基準の線引きが人によって違うと思う」など、専門家との連携基準の難しさを指摘する意見もあった。

以上のように、移植は、精神的ケアのニーズが高いのにもかかわらず、現場の問題意識も低いことや、専門資源の不足、連携の難しさも感じている。

N『教育・連携・指針のサポートを要望』

(日本版マニュアル、サポート体制の充実を要望)

「精神的ケアの具体的な指針がない。内容と分類別の対応マニュアルなどがあるとよい」「日本独自の精神的ケアプログラムを開発し、多施設に普及してほしい」など、日本版精神的ケアプログラムやマニュアル、内容と分類別の対応などの具体的な指針が必要とされている。ほかに、「精神的ケアの教育、啓発の機会を増やしてほしい」「個人の熱意だけではケアは難しい。教育システムの充実やそのサポート体制も必要である」など、ケア技術を習得するための教育機会なども必要としている。また、「現状の医療制度の中で精神的ケアを誰が担うか体制作りが難しい。役割分担を明確にすることが有効では」「精神的ケア技術の習得は時間がかかるため、多職種連携による分業が必要」など、役割分担や体制作りを必要としている。

以上のように、個々のスタッフの質の向上のための教育の機会か、明確な分業による連携か、悩ましさがあり、日本ならではの具体的な指針も含め、対策が急務であるとしている。

4.4. 考察

本研究から、困難ケースや専門家との連携に対する認識は職種によって違いがあることが明らかとなった。移植医は身体面に影響するノン・アドヒアランスや生命の危機と密接な状況、倫理面の問題、

精神疾患などを困難ケースの要素として重点をおいていることに対し、メディカルスタッフは生活面や人生全般との関連にも着目して、全人的に問題に寄り添う姿が浮かび上がった。そして、移植医療の現場では精神的ケアの具体的な内容やサポート方法が必要とされていることも明らかとなった。

4.4.1 困難ケースの存在

本調査の結果、移植医よりもメディカルスタッフの方が困難ケースの存在を認識している割合が多く、精神科との連携に関しては移植医の方が「連携できている」と認識している割合が多かった。これは、何を“困難ケース”と認識するかによっても、存在の認識に影響していることが考えられる。本調査の結果でもあきらかとなったように、移植医は身体面に影響する精神面の問題に重点を置くため、身体面の健康は移植によって飛躍的に回復することから、“精神面における困難ケース”も少なく認識することが多いと考えられる。一方、メディカルスタッフは、役割的に移植前のドナー選択の段階から患者、家族の生活面での様々な問題を把握し⁴⁸、身体面の健康回復によって生じる人生の新たな課題に接する機会も多く、接する時間も移植医より長いことから、“精神面における困難ケース”をより多く認識していると考えられる。さらに、施設によっては医師の分業による影響も考えられる。腎臓内科医と外科医が、術前の患者の選定や手術、中長期的な治療などを分業しているという報告があるように⁴⁹、移植医は、移植に関するすべての段階に接していないケースもある。そのため、精神面の困難ケースと認識する割合が少なくなった可能性も考えられる。

4.4.2 専門家との連携

精神的ケアの専門家との連携に関しては、「連携するレベル」の線引きの違いが、連携できているかどうかの認識にも差が出た可能性

が考えられる。本研究において、移植医は「精神疾患レベルでなければ、精神科医には紹介できない」と理解している本質が KJ 法によって浮かび上がった。「紹介できない」は「連携の必要性がない」という認識でもあり、実際に本調査において、移植医の 1 割が「連携の必要性がない」と認識していた。一方、メディカルスタッフが、精神的ケアの専門家に依頼したにもかかわらず「移植でストレスを感じるのは病気ではない」と連携に至らなかったケースもあった。このような対応が見られることについて、谷知は、精神科医にとっては「精神障害」ではなく、精神科診断がつかない「正常心理」の範囲の患者への支持的精神療法は不慣れであり、積極的姿勢を取れない者が生じる可能性を指摘している⁸⁴。つまり、移植医とメディカルスタッフ、更に精神科医の間でケアのニーズの捉え方に差があり、連携に対する認識の差が生じたと考えられる。

4.4.3. 職種間の役割による認識の特徴

①メディカルスタッフ

春木は、「家族が潜在的にもっている問題が移植に表れやすい」と指摘しており¹、メディカルスタッフが“移植がひきがね”と認識していることは、先行研究の結果とも一致している。野口は、RTC（レシピエントコーディネーター）の果たす役割として、患者の身体的・心理的援助、自己管理の援助などの生活支援、患者・家族の意思決定支援のための経済問題の把握、移植医による手術説明時に、患者の思いや考え方の違い、家族内での力関係、移植に対する積極性、家族の反応、表情や言葉などのアセスメントなどを報告している⁴⁸。このように、メディカルスタッフはレシピエントや家族の日常生活や人生全般、経済面、精神面の状態などの問題に接する機会も多く、レシピエントの状態を全人的に意識せざるを得ないという事情も影響し、“移植がひきがね”と捉えることにつながっていることが考察される。本研究によって、メディカルスタッフは、より広範に、個々の患者の精神・生活面での課題を把握し、精神的ケア

に繋げようとしていることが示された。

② 移植医

本研究の KJ 法による検討において、移植医は「移植専門外来は、多岐に亘る医学的な課題を確認し迅速に対応する必要があり、限られた時間は移植に関する身体的な課題を掘り下げることに使いたい」という元ラベルが示すように、生活面や精神面の背景事情は積極的に追及しない傾向がある。一方で、最近の移植医療での大きな課題であるノン・アドヒアランスは、本研究から移植医にとっても大きな問題であると捉えている。移植医が「何を術後の長期フォローの精神面での課題と考えているか？」は、メディカルスタッフが認識している課題と、重点の置き方が異なっていることが明らかとなった。

③ “感情的”か“冷たい”かの温度差

困難ケースと向き合う姿勢に関して、移植医からは、「メディカルスタッフは感情的に対応しすぎ、肩入れしすぎ」に見え、一方、メディカルスタッフからは、「医師は身体のことしか見ていない。冷たいと感じる」と、対応をめぐる意識や目標の統一に温度差が生じている可能性があると考えられる。温度差がある理由として、メディカルスタッフは心のケアを職務のひとつと捉え、様々な問題を傾聴して生活全般に寄り添うことから、心理的メカニズムのひとつである防衛機制の同一化（対象に感情移入して同じ様な気持ちになる）も起きやすく、患者の身体状況に重点を置く移植医よりも肩入れしやすい可能性が考えられる。役割や立場が違うために認識にも違いや温度差が生じることは、一般的なチーム医療においても報告がある。チーム医療を実践する上で困難に感じることについて「目標や価値観の一致が困難」「職種間で求めることが異なるため、スムーズに機能しない」という報告や⁵²、「チーム医療推進協議会」が現在のチーム医療が抱える問題点として「連携すべき職種同士が互いを理解できていない」と指摘している先行研究も一致してお

り⁸⁶、認識に温度差が生じたと考えられる。

4.4.4. 精神的ケアやサポート方法の知識や技術の必要性

本研究では、精神的ケアやサポート方法の必要性を探索的に抽出・検証した。メディカルスタッフのシンボルマーク F『対応スキルが無いと不安』、I『教育機会やサポート体制の充実を要望』、移植医の M『時間的限界、マンパワー・専門資源の不足』、N『教育・連携・指針のサポートを要望』からも必要性が明らかになったと言える。以下に、必要とされている具体的な内容を示す。

メディカルスタッフは、精神的ケアの基本、信頼関係の築き方、レシピエントのパーソナリティや精神疾患別の対応および危機管理、精神的ケアにかかわる際の自分自身の感情コントロール方法などの知識や技術に関する教育機会の創出、そして移植スタッフが精神面のことを気軽に相談できる窓口の設置などのサポート体制の充実を望んでいた。移植医は、精神的ケアに関する日本ならではの具体的な指針、内容別に分類した日本版対応マニュアルなどの作成、個々のスタッフの質の向上のための教育機会の創出、専門家や適性のある人材による明確な役割分担と連携、サポート体制の充実などを望んでいる。

いずれにしろ、メディカルスタッフ、移植医ともに、精神的ケアやサポート方法の必要性は感じており、先行研究において、ケア方法が必要とされている報告³⁵とも一致している。そして、ケアの専門知識および技術の不足、マンパワーの不足、現場での時間的限界などから、教育機会の創出や専門家によるサポートを望んでいることが確認される。また、本研究では、本論文の目的である「精神的ケアの充実や向上」に向けて、具体的に必要とされているケア内容やサポート体制も抽出することができたと考える。

4.5. 本研究の限界と課題

本研究の限界は対象者の偏りである。メディカルスタッフは、移植のための看護師やコーディネータが存在している施設であるが、移植医は、コーディネータが存在していない施設も含まれていた。また精神科や心理職も存在する施設としない施設が含まれている。よって、所属する組織の職種の充実度も認識に影響している可能性が考えられる。今後は、所属している組織のマンパワーや精神科・心理士等の専門家の存在などのインフラ面の相違による認識の相違にも注目して検討を進める必要がある。

4.6. 結論

腎移植レシピエントをサポートする側の医療従事者を対象に、精神的ケアに関する課題と必要とされている対策を検討した。調査は、腎移植レシピエントの精神面の困難ケースやその対応、精神面の専門家との連携等に関して、移植医とメディカルスタッフの認識の違いに焦点をあてた。結果、移植医療において、困難ケースや専門家との連携の認識に関して、職種間で違いがあることが明らかとなった。移植医は身体面に影響するノン・アドヒアランス問題や生命の危機に密接な状況、倫理面の問題、精神疾患なども困難ケースとして認識することが多く、メディカルスタッフは生活面や人生全般に関する問題を困難ケースとして認識していることが多いことが抽出された。これらは職種による役割や関わり方の違いが影響していることが考察された。

今後は、ケアを行う医療者の職種間の認識の違いや特徴による影響も考慮した上で、精神的ケアの介入やかかわり方を検討する必要がある。また、ケアに関する専門知識や傾聴方法、本人の“強み”の引き出し方など精神的ケアにつながるサポート技術の習得、施設によるマンパワーやサポート体制の差などの課題への対策が求め

られる。

本研究は、全国の多施設の 100 名を越える移植医およびメデイカルスタッフへの調査から明らかになったもので、KJ 法を用いたことにより、少数意見も尊重して質的に検討し、より実態を表した結果を把握できたと考える。

第5章 精神的ケアプログラムの提案と事例提示

5.1. 目的

本章では、研究1,2,3の結果を踏まえて、検討(1)では、腎移植レシピエントのための精神的ケアプログラムを提案し、検討(2)では、事例提示を行った。そして、検討(1)(2)を合わせて問題解決に焦点を当てたケアの移植医療における適応や限界を検討することを目的とした。検討(1)は、腎移植レシピエントの内的資源を充実、向上させることを目標に、外的資源である移植医やメディカルスタッフが危機管理も含めてサポートすることを目指している。検討(2)は、移植医療における精神的ケアを専門とする臨床心理士(筆者)が実際に関わったカウンセリング事例である。研究2において、ストレス対処のタイプとして問題に直接対処する方が有効であることが示されたが、本事例も問題解決に焦点をあてたものである³¹。考察は、検討(1)(2)を合わせてを行い、問題解決に焦点を当てたケアの適応と限界、サポート体制の課題や対策案などを抽出した。

5.2. 検討(1) 試験版ケアプログラムによる検討

5.2.1. 検討を行う移植スタッフ

移植医療に携わる移植医とメディカルスタッフ168名を対象に、検討会①②③による三段階の検討を行った。検討会①は、2015年11月に行われた第42回日本臓器保存生物医学会・JATOCO共催の学会に伴う教育セミナー(移植医、全国のコーディネータ)と、2016年1月に行われた富山県移植推進財団主催2015年度勉強会(エリア内のコーディネータや看護師)を対象とした(計男性6名、女性34名)。検討会②aは、2016年9月、11月、12月にCKD・移植勉強

会主催により第 52 回日本移植学会に合わせて行われた勉強会および東京・大阪で実施された勉強会（全国の移植や腎不全患者に関わるコーディネータや看護師）および筆者が所属していた施設の移植に関する勉強会（所属する組織のコーディネータや看護師）を対象とした（男性 5 名、女性 62 名）。検討会② b は、2017 年 7 月に行われた日本臨床腎移植学会腎移植認定医第 13 回集中教育セミナーに参加した移植医 50 名（男性 45 名、女性 4 名、無回答 1 名）を対象とした。検討会③は、移植経験の長い移植医、コーディネータ、看護師、精神科医、臨床心理士を対象とした（男性 7 名、女性 4 名）。

5.2.2. 検討方法

移植医療に携わる移植医とメディカルスタッフに対して、試験版ケアプログラム（案）を用いて精神的ケアに有効と考えられる内的資源と外的資源の要素および、具体的なケア方法を説明し、現場での適応を検討した。検討会①②③の概要は表 13 に示した。検討会①で提示した試験版ケアプログラム（案）は、「A 精神的ケアを支える知識と基本技術」「B 問題解決に向けた精神的ケアの実施方法」から構成されている。概要を表 14 に示した。実施例として解決志向アプローチが抑うつ状態に効果を示した腎移植レシピエントの事例を紹介している。解決志向アプローチの技法および、この技法が移植に適応すると考えられる要素は次項で説明する。検討会①の「理解度」「役立ち度」は、5 段階の自己記入式質問紙によって評価を行った。また、自由記述やディスカッションにおいて要望のあった内容の検討を行い、試験版ケアプログラム（案）を改善して、**試験版ケアプログラム I** を作成した。

検討会②では、試験版ケアプログラム I の内容と活用方法を説明し、ロールプレイやディスカッションを行った。ケアプログラムの内容や解決志向アプローチに関する「役立ち度」「実現性」は 5 段階の自己記入式質問紙で評価を行った。そして、自由記述やディスカッションにおいて要望のあった項目を追加し、**試験版ケアプロ**

グラムⅡを作成した。

検討会③では、移植経験の長い移植医やメディカルスタッフが、試験版ケアプログラムⅡに関して、移植医療における適応や限界、改善点、課題等を総括的に検証し、教育方法や現場に即したサポート体制を充実させるための検討を行い、**試験版ケアプログラムⅢ**を作成した。そして、最後に移植医療に携わる精神科医および臨床心理士が、試験版ケアプログラムⅢのケア内容やサポート体制を確認し、最終的に「**腎移植レシピエントのための精神的ケアプログラム(案)**」の提案を行った。

表 13. 検討（1）試験版ケアプログラム検討の流れ

検討会	対象	内容
検討会① 2015年11月 2016年1月 計2回	医師1名 コーディネータ 40名(男性6 名、女性34名)	・試験版ケアプログラム(案)の内容と活用 方法の説明 ・ディスカッションと事後アンケートにより、 全体の感想や課題、要望(追加項目)、 移植への適応を検討 ➡「心のカルテ」を含む 試験版ケアプログラムⅠの作成へ
検討会②a 2016年 9月～12月 計4回	コーディネータ、 看護師、管理栄 養士など67名 (男性5名、女性 62名)	・試験版ケアプログラムⅠの内容と活用 方法の説明 ・問題解決に焦点にしたコミュニケーション 法の実践(ロールプレイ) ・「心のカルテ」の説明と数量的評価 ・ディスカッションと事後アンケート調査 ➡ 試験版ケアプログラムⅡの作成へ
検討会②b 2017年7月 計1回	移植医50名 (男性45名、 女性4名 無回答1名)	・試験版ケアプログラムⅠの内容と活用 方法の説明 ・事後アンケート調査 ➡ 試験版ケアプログラムⅡの作成へ
検討会③ 2016年12月 ～2017年8 月 計4回	移植経験の長い 移植医、コーデ ィネータ、看護 師、精神科医、臨床 心理士11名 (男性7名、女性 4名)	・試験版ケアプログラムⅡの内容と活用 方法の説明 ・ディスカッションとヒアリングによる総括的な 検討 ➡ 試験版ケアプログラムⅢの作成および サポートシステムを含めた確認 ➡ 腎移植レシピエントのための精神的ケア プログラム(案)の提案

表 14. 検討会①で使用した「試験版精神的ケアプログラム(案)」

A (1)精神的ケアを支える基本知識	
理論	① レシピエントのストレスと精神的ケアの必要性
理論	② 自殺防止と「うつ」予防の基本
理論	③ 精神的健康に影響を与えるストレス対処タイプ
理論	④ レシピエントの抱えている問題と対応する職種
A (2)精神的ケアを支える基本技術	
理論	① レシピエントに向いている心理療法
理論	② (心理療法を支える)基本の傾聴技術
実践	③ 移植事例による基本の傾聴技術 ロールプレイ①
B (1)問題解決に向けた現状把握	
理論	精神健康状態や抱えている問題、対処力の把握 ① 問題の明確化と整理 整理図の作成(ストレス要因・心配事の抽出、対処方法や相談先の確認、危機管理を含めた心身状態の把握、等) ② 明確になった問題の外在(客観)化 問題の外在化(自分一人の悩みや問題を“見える化”して共有し、対処資源やサポート環境を客観的に俯瞰する
B (2)問題解決に向けた精神的ケアの実施	
理論	① 外在化した問題の整理とへの対処力の活性化 問題解決に焦点をあてた対処力を活性化する意義と技法 ② 「解決志向アプローチ」技法の紹介
実践	移植事例による「解決志向アプローチ」技法 ロールプレイ②
事例 提示	腎移植後の抑うつに解決志向アプローチが効果を示した レシピエントの事例紹介
質疑 応答	事後アンケート調査、ディスカッションおよびヒアリングも実施

5.2.3. 解決志向アプローチ（SFA）の説明

解決志向アプローチ（Solution-focused Approach: 以下、SFA）の特徴^{6b}を表15に示した。SFAは、従来のような問題や病理、原因にこだわる心理療法とは異なり、本人の持っているリソース（以下、資源）・解決像に焦点を当てて、問題解決に主眼を置くのが技法の特徴である²。本人の望む状態やなりたい姿（解決像）を明確にして、すでにうまくいっている部分や資源を見つけて能力を引き出して、よりよい未来を実現させることを目標としており、安全で効果の高いモデルと言われている。また、精神科医や心理職といった専門家でなくてもSFA的なかわりが可能であることも特徴である^{6b}。よって、移植医やメディカルスタッフにも実施可能なアプローチと考えられる。SFA技法の理論^{6b}と腎移植レシピエントに適応すると考えられる要素を、移植医2名および移植関連の経験のある精神科医2名、移植専門の心理士（筆者）5名によって検討を行い、表16にまとめた。なお、クライアント（以下、C1）とは心理学用語で相談に来た本人を示し、本論文では腎移植レシピエントがC1である。

表 15. SFA(解決志向アプローチ)の特徴 *文献 6b より抜粋

-
- | |
|-----------------------------------|
| ① 原因や問題の追究をしない【解決志向】 |
| ② C1のリソース(資源)を見つけて能力を引き出す【資源の活性化】 |
| ③ 未来の解決像を明確にして構築していく【ゴールの設定】 |
| ④ 専門家でなくても対応可能である【専門家以外でも可能】 |
| ⑤ 簡便に使える柔軟性があり、安全性が高い【簡便で安全なモデル】 |
-

表 16. SFA が移植医療に適応すると考えられる要素と期待される可能性

【①解決志向】	<ul style="list-style-type: none"> ・従来の問題志向とは違い、原因や問題の追究をしない ・問題を解決することに焦点をあてる
	<ul style="list-style-type: none"> ・原因や問題を追究しないことで、心の傷や罪悪感に直面化するリスクが少ない ➡腎移植レシピエントは病気で喪失したものやドナーへの罪悪感もリスク要因になっている。「解決志向」であれば、経験を肯定的に受け止めたり、ドナーへの罪悪感を感謝の気持ちに変えたりする等、ポジティブな解決に結びつけることができる可能性 ・実際の問題解決につながりやすい ➡研究 2 では、問題を解決するタイプの方が精神的不調に陥らない可能性が示唆された。「移植」という積極的な解決方法を選択していることから問題を実際に解決するという対処スタイルが適応すると考えられる可能性
【②資源の活性化】	<ul style="list-style-type: none"> ・CI のリソース(資源)を見つけて能力を引き出す ・問題解決能力とサポートの活用力を活性化させる
	<ul style="list-style-type: none"> ・「移植」という先端医療に結びつく医療環境(「移植」に関する情報収集が可能な能力を持つ本人、サポーターの存在) ・臓器を提供してでもレシピエントの生命を維持したい、QOL を上げたいと考えるドナーもしくは家族の存在 ・自分のことを「心配してくれる」「何かをしてくれる」という関係を保つコミュニケーション能力や交渉能力がある ➡腎移植レシピエントは、潜在資源のある人が多い。対処力の活性化によって資源を引き出せる可能性
【③ゴールの設定】	<ul style="list-style-type: none"> ・未来の解決像を明確にして構築していく ・目標(ゴール)の設定で信念や達成感、自己効力感を持てる
	<ul style="list-style-type: none"> ・レシピエントは「移植」というゴールにたどりついている。生命の維持や QOL の向上という目標や信念のために心身ともに侵襲の大きな手術や手続きを乗り越える力を持っている ➡目的達成能力があり、ゴールの設定が力になる可能性
【④専門家以外でも可能】	<ul style="list-style-type: none"> ・精神面や心理面の専門家以外にも対応可能である ・移植医やメディカルスタッフでも活用できる
	<ul style="list-style-type: none"> ・専門家(精神科医、心理士等)が不在の施設もある ・レシピエントが抱える問題は、身体的なことや日常生活に直結する悩みが多く、移植医やコーディネータ、看護師(移植スタッフ)による対応が適切であることも多い ➡移植スタッフによる活用が可能で有効である可能性
【⑤簡便で安全なモデル】	<ul style="list-style-type: none"> ・簡便に使用して安全で効果性の高いモデル ・枠組みに柔軟性がある
	<ul style="list-style-type: none"> ・移植外来では、構造化された心理療法の枠組みを設定することが難しく、時間の制限もある ➡移植外来の枠組みでも実施できる可能性

5.2.4. 結果と考察：検討会①

試験版ケアプログラム（案）について、アンケートの返却は計38名（男性4名、女性34名、回収率95%）であった。記入漏れなどはなく全て有効回答であった。理解度に関しては、38名中、「理解できた」は21名（55%）、「まあまあ理解できた」は10名（26%）で、計31名（81%）であった。役立ち度は、「役立つと思う」は20名（53%）、「まあまあ役立つと思う」は15名（39%）で、計35名（92%）であった。理解度、役立ち度ともに、「理解できなかった」「役に立たなかった」は0名（0%）であった。検討会①②の事後アンケートおよびディスカッションで抽出された意見（感想、課題、要望）は、表17にまとめた。自由記述やディスカッションにおいて要望のあった項目に関しては、慢性腎不全患者の精神科対応に関する先行研究⁸⁵、および、重篤な身体疾患によって過大なストレスを感じている患者に対するケアの先行研究⁸⁷⁻⁸⁹を参考に追加し、新たに作成した「心のカルテ」の追加を含めて**試験版ケアプログラムⅠ**を作成した。

表.17 検討会①②で抽出された意見

	検討会①で出された意見	検討会②で出された意見
感想	<ul style="list-style-type: none"> ・レシピエントに対して有効なツールで ・プログラムを使えるように勉強したい ・ケアプログラムを活用できそうな場面 「病気の回復が思わしくないとき」 「人生に生きがいをなくしている時」 「障害を受け入れられていない時」 ・プログラムの活用が難しい場面や技術 「相手が混乱して拒否している時」 「コミュニケーションの難しい人」 ・移植以外の疾患の治療や終末期医療を受ける患者、家族、医療従事者、 ほかに過大なストレスを受けている災害被災者などへの応用も期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神的ケアを学んだのは初めてだったので勉強になった ・具体的で現場で使えそうなものが多い ・傾聴法はできているつもりだったが、自己流だったとわかってよかった ・傾聴以上のケアを学んだのは初めてでスキルアップにつながる ・「心のカルテ」は簡潔で役に立ちそう ・カウンセリング(精神的ケア)事例が役に立った ・医師にとっても大切な視点であると実感 ・ディスカッションで他施設の実情や対策も知ることができて、貴重な情報となった
課題 要望	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケア実施の時間や場所の確保 ・移植スタッフの意識に差がある ・SFA技術の習得に時間がかかりそう <p>要望</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レシピエントの対象別(病気の段階、移植手術からの時期、性格特徴、身体状態)に適したケアプログラム内容の開発・実施 ⇒B(1)①②④、B(2)①②③ ・プログラムの実証的な効果測定 ・専門家による継続的なサポート体制充実の提案 ⇒B(6) ①②③ ・短時間で簡便に使えるケア方法 ⇒(4)①② ・セルフケアの一環で、レシピエント本人が記入するメンタル面のカルテのようなものを作成してはどうか？ ⇒B(5)⑤「心のカルテ」作成へ 	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを習得するには、1回の教育では量が多い。複数回のシリーズにした方が良い ・他の移植スタッフにも有用な内容だが、精神的ケアに関しては、モチベーションに温度差がある。移植医にも直接、教育してほしい(メディカルスタッフ) ・医師が短い外来でケアを行うのは限界がある。役割分担すべきである。(移植医) ・まずは、精神的ケアは大切という啓発を工夫する必要があるのでは。 <p>要望</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もっと短時間で簡単に使える技法も教えて欲しい ⇒B(4)④⑤⑥ ・専門家が存在しない施設でも実施可能なマニュアルやガイドラインを作成して欲しい ・精神的ケアの教育を設けて欲しい ・自施設に精神科医や心理士といった心の専門家がいないので、移植のメンタル面に関して気軽に相談できる窓口を(他施設でいいので)作って欲しい

* ⇒斜字は検討①②によって追加した表 20 の項目である

【心のカルテの作成】

検討会①で抽出された要望の中で、「セルフケアの一環として、腎移植レシピエントが自分で記入するカルテのようなものを作成してはどうか」という提案があったため、腎移植レシピエント版「心のカルテ」を作成した。「心のカルテ」は、移植を受ける自発性の

確認や移植のメリット・デメリット、移植後の生活のイメージ、相談できず資源の確認など、研究1で明らかになった「自発性」の重要性や、SFA技法を参考に作成したもので、レシピエントと移植スタッフが情報共有できるツールとなっている。

5.2.5. 結果と考察：検討会②

アンケートの返却は、検討会②aは計63名（男性4名、女性59名、回収率94.4%）で、検討会②bは計46名（男性41名、女性4名、無回答1名、回収率92%）であった。記入漏れなどはなく全て有効回答であった。検討会②aの全体の理解度は5段階評価《理解できなかった1－理解できた5》において平均4.43（±0.87）、「理解できた」評価である5は38名（60%）、4は18名（29%）、計56名で全体の89%であった。役立ち度は5段階評価《役に立たなかった1－役に立った5》で平均4.32（±0.93）、「役に立った」評価である5は32名（51%）、4は25名（40%）、計57名で、全体の90%であった。

次にケアプログラムの詳細の評価に関しては表18に示した。検討会②bの全体の評価は、役立ち度は10段階評価《役に立たない1－役に立ちそう10》で平均8.41（±0.98）、実現性は10段階評価《実際には難しそう1－明日から使えそう10》において平均7.98（±1.11）であった。解決志向アプローチの技法に関しては、検討会②abともに、役立ち度より、実現性の評価が少し低く、自由記述において、「実際に現場ですぐに使うのは難しそう」という意見が抽出された。検討会②aの「心のカルテ」の項目とその役立ち度に関する10段階評価に関しては表19に示した。10項目合計の平均は96.08（±5.7）で概ね問題ないことが確認された。

事後アンケートおよびディスカッションでは、表17のような意見が抽出された。ケアプログラムの内容に関しては、自由記述やディスカッションにおいて一定の評価を得たが、教育機会や方

法、回数、対象となるスタッフへの啓発などの習得方法に工夫が必要であるという意見が抽出された。また、施設によって精神科医や心理士などの精神面の専門家のサポート資源に差があるため、施設を越えた相談窓口の設置やガイドライン、マニュアルの作成など、一施設内だけでは解決しない課題があることも指摘された。

表 18. 試験版ケアプログラム I に対する評価

ケアプログラム 項目 (対象:検討会②a) n63	平均/SD
①状態のアセスメント手順 (進め方、精神科医に相談する基準など)	9.14±1.01
②相手のタイプの見極め (ストレス反応を起こしやすい要因など)	8.83±1.11
③問題の明確化、整理、外在化 (ストレス整理図の作成など)	9.06±1.24
④基本の傾聴法 (つまり返し、お気持ち返しなど)	9.34±0.85
⑤解決志向アプローチ(役立ち度)	8.58±1.13
⑥解決志向アプローチ(実現性)	8.26±1.27
ケアプログラム 項目 (対象:検討会②b) n46	平均/SD
①プログラム全般 (役立ち度)	8.41±0.98
②プログラム全般 (実現性)	7.98±1.11
③解決志向アプローチ(役立ち度)	8.13±1.38
④解決志向アプローチ(実現性)	7.09±1.41
⑤「心のカルテ」(役立ち度)	8.26±1.10
⑥「心のカルテ」(実現性)	7.91±1.36

* 10段階評価で《役に立たない1—役に立ちそう10》

表 19. 心のカルテの項目と「役立ち度」に対する評価

心のカルテ 項目	平均/SD
①移植を受ける動機(自発性のレベルの確認)	9.48±0.5
②移植後の大きな夢(理想の将来像・目標の明確化)	9.56±0.8
③達成可能な小さな目標(すぐ実現できそうなこと)	9.92±0.3
④移植後の生活イメージ(現在との違いを明確に)	9.88±0.4
⑤移植の身体・生活上のメリット(良くならなかった時の予測も)	9.52±0.9
⑥移植の身体・生活上のデメリット(悪い点・リスク)	9.32±1.2
⑦現在感じているストレス	9.64±0.7
⑧相談窓口、社会資源の確認	9.40±1.1
⑨困った時に相談する支援者の存在	9.52±0.9
⑩気分転換、ストレス発散方法	9.48±0.9

* 10段階評価で《役に立たない1—役に立ちそう10》

5.2.6. 改善した試験版ケアプログラムⅡの項目

検討会①②の結果により改善した試験版ケアプログラムⅡの概要を表20に示した。下線は検討会①により追加、斜字は検討会②により追加したものである。

5.2.7. 検討会③における検証と課題

検討会③では、移植経験の長い移植医、コーディネータ、看護師、精神科医、臨床心理士が、検討会①②によって改善した試験版ケアプログラムⅡを総括的に検証し、教育方法や現場に即したサポート体制を充実させるための検討を行った。試験版ケアプログラムⅡに対する評価は、「慢性腎不全患者やがん患者などの重症疾患患者のケアと共通する要素に加え、腎移植レシピエント特有の要素も含まれており、本人の内的資源を引き出し、外的資源によるサポートを行えるプログラムとなっている」「レシピエントの

セルフケアおよび自発性の確認にも配慮した「心のカルテ」を含めて適切なプログラムである」などであった。また、試験版ケアプログラムⅡのソフト面とハード面の課題、対策案が整理された（表 21）。試験版ケアプログラムⅡと、検討会③で抽出された課題と対策案を合わせて**試験版ケアプログラムⅢ**とした。最後に、この試験版ケアプログラムⅢを移植医療にかかわりのある精神科医 2 名と臨床心理士 1 名が確認し、「**腎移植レシピエントのための精神的ケアプログラム（案）**」として提案することとした。

表 20. 試験版精神的ケアプログラムⅡの概要

要素	具体的な方法
A 精神的ケアを支える基本知識と基本技術	
(1)ケアを支える基本知識	① レシピエントのリスク要因（ストレス）および精神的ケアの必要性 ② 自殺防止と「うつ」予防の基本 ③ 精神的健康に影響を与えるストレス対処タイプ ④ レシピエントの抱えている問題と対応する（心のケアを行う）職種
(2)ケアを支える基本技術	レシピエントに向いている心理療法 信頼関係を構築して悩みごとを引き出す「傾聴技術」 ①（理論）心理療法を支える基本の傾聴技術 ② 積極的な傾聴法 ③ 過大なストレスを感じている人への姿勢 ・言うてはいけないこと ・言った方がいいこと ④（実践）移植事例による傾聴技術ロールプレイ
B 問題解決に向けた現状把握と精神的ケアの実施	
(1)状態の把握（アセスメント）	① <u>移植時期の各段階におけるケア提供者と評価方法</u> ② <u>様々な場面に</u> 対応する <u>包括的アセスメントとその順序</u> ③ <u>術前の精神健康状態の把握、危機管理</u> ④ <u>精神科医に相談すべき症状・状態の確認</u> ⑤ <u>移植への自発性の把握*と対応</u>
(2)タイプの見極め	<u>見極める要素・要因</u> ① <u>ストレス反応を示しやすい要因（個人、環境）</u> ② <u>対応のチェックポイント</u> <u>相手の基本属性、タイプ（性格傾向、病気の既往、</u> <u>ストレス対処・耐性）サポート体制、相手との関係性</u> ③ <u>移植からの時期（移植前、移植直後、移植後など身体や精神的状況の違い）による対応</u>
(3)問題の明確化と整理	① 心配事（問題）の抽出* ② ストレス要因・対処資源、個人要因などの整理図作成*
(4)明確化した問題の外在（客観）化	① 明確になった問題に優先順位をつけ、外在化（自分一人の悩みを外に表出して共有化して解決方法を客観的に俯瞰する） ② <u>外在化の様々なテクニックの紹介</u> ③ <u>ストレス・対処の整理図での検討（外在化を強調）*</u> ④ <u>視野を広げて価値観の幅を広げる「リフレーミング」</u> ⑤ <u>リフレーミング後の対処（問題を見る視点に客観性）</u> ⑥ <u>問題のイメージ化と対処</u>

<p>(5)外在化させた問題への対処力の活性化 移植事例紹介</p>	<p>解決志向アプローチを基本とした対処</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 特徴、用語の理解、基本技法の習得 ② 解決に向けて有効な質問の習得 ③ ゴールの設定(大きな目標、小さな目的) ④ 解決志向アプローチを使ったロールプレイ ⑤ 「心のカルテ」の作成、活用 ⑥ (実践)移植事例による解決志向アプローチロールプレイ ⑦ 問題解決に焦点をあててケアを実施した事例の紹介
<p>(6)アフターケア</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① <u>目標達成の確認、改善・再実施</u> * ② <u>サポート体制の確認と見直し</u> * ③ <u>全体の継続的な見守り</u>

* は、「心のカルテ」によるセルフケアも可能

表 21. 検討会③ 移植経験の長いスタッフによって抽出された
“試験版ケアプログラムⅢの課題と対策案”

	ソフト面	ハード面
課題	個人によって精神的ケアを行う能力に差がある	施設によってマンパワーや連携に差がある
対策案	<p>個人の資質、経験、熱意だけに頼らない教育システムの構築、簡便なケアプログラムの開発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神的ケアに関する教育機会の創出 ・専門家不在でも使えるツール(精神的ケアのガイドラインやマニュアル、想定問答集やフローチャート、ケア対象者別の対応方法、傾聴や問題解決方法のためのテクニック集など)の作成 ・精神面のトリアージ方法や連携方法(医療コミュニケーション)の知識や技術の習得 ・医療スタッフにおける精神的ケアの技術の資格化 	<p>施設の体制別に合わせたケアシステムのガイドラインやマニュアルの作成、施設を越えた連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リエゾン外来、リエゾンナース、精神科医や心理士などの専門家との連携と、多職種の特性に合わせた協力呼びかけの工夫 ・移植スタッフによる精神的ケアを診療報酬につなげるシステムづくり ・施設を越えた相談窓口の設置 →近隣の精神科、心療内科に対する連携の呼びかけ ・患者対応の施設を越えた情報共有、合同勉強会の開催などの開催

5.3. 検討（2）事例提示による検討

5.3.1. 事例概要

本事例は、筆者が臨床心理士として経験したもので、遷延化した抑うつを呈した腎移植レシピエントに対し、SFA（解決志向アプローチ）が効果を示した一例である。レシピエントは40代女性で幼少期より排尿障害があり、盲腸・虫垂を使った膀胱拡張術、逆流防止術を受けていたが、膀胱尿管逆流症で慢性腎不全に至り、母親をドナーとした腎移植を受けた。その後、移植したことを後悔し始め、ふさぎこんでいた。周囲が精神科受診を勧めたが薬物療法を希望せず、SFAを実施することになった。なお、この事例は全ケースにおいてSFA第一人者の森俊夫氏のスーパービジョンを受けて実施したもので、腎移植レシピエントに対する適応も十分に検討されている。

本事例は前節の精神的ケアプログラムを検討・提案する前のものである。同プログラムの一環として行われたものではないが、SFAによる面接の例として掲載する。また、プライバシー保護のため、好きな場所や趣味、好きな景色については具体的な地名や内容は伏せて《 》で示している。

5.3.2. 事例経過

I 初回面接 X（移植日）+8カ月

1) 主訴

移植してから検査結果はよいが、体調は悪い。健康なドナー（母親）から腎臓をもらったことを申し訳なく思っている。母は趣味の旅行にも行かなくなった（母親は臓器提供後、身体的不調を来していたわけではなく、レシピエントの精神面が気になるために旅行を控えていた）。レシピエントは常に動悸、不眠を呈し、1日4時間くらいしか眠ることができない。ブロチゾラム 0.25mg 服用にて入眠。移植された腎臓を取り出した方が楽ではないかと思いつめ、自殺企図も確認される（後の面談であきらかになる）。

2) レシピエントに対する周囲の評価

【母親（ドナー）】

レシピエントは料理が好きで、以前は体調管理のためにパンもすべて手作りしていたのが、最近は市販のパンを買っていること

に驚いた。《趣味》もしなくなっただので心配している。

【主治医、コーディネータ】

以前は女性らしい気遣いもできる人だったのが、ギスギスした感じになり、とにかくネガティブ思考になってきた。身体的な数値は良好であるが、放置しておかない方が良いのではないかと判断した。これがカウンセリング実施のきっかけとなる。

3) 所見

腎移植後に遷延化した抑うつ状態

4) 対応

初回面談で、心理士がこれまでの経緯や現在抱えている悩みなどを（希死念慮もあったので）4時間かけて聞く。その結果、精神科受診をすすめる。レシピエントは同施設の精神科に受診したものの、担当医からは「治療の適応はあるが、精神科での治療に抵抗があるなら本人に任せる状態」と診断され、カウンセリング対応となる。カウンセリングでは、SFAによってレシピエントが持っている資源（《趣味》や《趣味》）によって活力を引き出すため、それらの話の傾聴につとめる。

5) SFA 的アプローチ

表 23 に、SFA 実施のための要素^{2b}を示した。カウンセラーの基本姿勢は、C1 の話を支持的に聞いてコンプリメント*することである。そして内的資源（C1 の持つ力、やっていること）と、外的資源（家族、医療従事者、友達など）に焦点をあてて話を聞くように心がける。その際、ネガティブな問題志向ではなく、ポジティブな解決志向で、「私はやれる。しっかりできている」と実感できるように焦点をあてるようにする。具体的には、以下の（×）ではなく、（○）のような発想になるようにコンプリメントして促した。

《障害に対する劣等感》

（×）障害者だから幼い

（○）障害を持ちながらここまで来た。よく頑張ってきた

《ドナーへの罪悪感》

（×）ドナーである母親に臓器をもらったことが申し訳ない

（○）母親のことを大事に思っている。家族を大切にしている

以上のように、本人のエピソードの前向きな部分や持っている力に焦点をあててコンプリメントする。

* 【コンプリメント】とは

SFAにおけるコンプリメント (compliment) とは「ほめる、労う、敬意を表する」ことで、C1を勇気づけて励まし自信を持てるように長所を認めて伸ばすことを目的としている。C1の事情を最も熟知しているのはC1自身なので、一番適切な解決法を見出し、問題を解決できるのもC1自身であるという考え方が背景にある。

表 23. SFA 実施のための要素 (文献 6b より改)

◆ 発想の前提

- ① 変化は絶えず起こっており、そして必然である
- ② 小さな変化は、大きな変化を生み出す
- ③ 解決について知る方が、問題や原因を把握することよりも有用である
- ④ CI は自らの問題解決のためのリソース (資源・資質) を持っている解決のエキスパート (専門家) である

◆ 面接の5つのステップ

- ① CI とセラピスト間の関係性の査定 (アセスメント)
- ② ゴールについての話し合い
- ③ 解決に向けての有効な質問
コーピング・クエスチョン (サバイバル・クエスチョン)
スケーリング・クエスチョン
「例外」探しの質問
ミラクル・クエスチョン
- ④ 介入 (ブリッジ、観察課題、Do more 課題など)
- ⑤ ゴールメンテナンス (アフターケア)

◆ SFA における良いゴール (目標目的の明確化) のための 3 つの条件

- ① 大きなものではなく、小さなものであること
 - ② 抽象的ではなく、具体的な行動の形で示されていること
 - ③ 否定形ではなく、肯定形で語られていること
-

II 経過 (1) X+9～11 カ月 面接 2 回目～5 回目

SFA2 回目で、コーディネータとカウンセラーに対して趣味で作った作品を持って来るなど、レシピエントが元来持っていた資源が引き出され、表情や意欲の改善が見られた。5 回目では気分も改善したと考えられた。SFA の手法（サバイバル・クエスチョン、スケーリング・クエスチョン、例外探しの質問）を用いて、気分転換や今出来ていること、どんな方法で危機を乗り越ってきたか、などの成功体験を中心に聞き、本人の能力や行動力をコンプリメントした。SFA の手法には、「ミラクル・クエスチョン」という質問によって資源を引き出す方法がある。具体的には、「眠っている間に奇跡が起こり、解決が起こっている。翌日（解決した後の一日）はどのような様子で過ごしていますか？」と質問する。視覚、聴覚など五感をフルに使ってリアルな解決像を構築することで、ゴールに向けての話し合いや解決像を引き出すための有効な質問であるとされている^{2b}。読書も趣味であるレシピエントは、ミラクル・クエスチョンに対しても豊富な知識と豊かな発想力で具体的な解決像を描くことができた。SFA の目標であるゴールの設定（解決像の構築）は、①体調がよくなり、趣味を楽しめるようになる、②自分の気になることを主治医に質問したり、要望を伝えたりできるようになるという 2 点であった。

1) 問題

SFA によって解決像が具体的に描かれる一方で、レシピエントからは、「家族や移植の先生、コーディネータさんはサポートしてくれているが、前の主治医が移植に反対していたのにもかかわらず移植手術を受けたので、罰が当たって体調が悪いのではないか」と不安に思っている気持ちも語られた（実際には前主治医も反対していたわけではなく、「移植にはデメリットもある」と説明したことを本人は「強く反対された」と捉えていた）。

2) 目標の設定

カウンセリングにおいてレシピエントと話し合い、ミラクル・クエスチョンでの解決像をさらに具体化し「できるだけ外に出かけて趣味を楽しむようにする」「身体のことや気になることは勇気を出して質問したり要望を伝えたりすることができるようになる」という 2 点を目標として設定した。一人で悩みを抱え込むだけでなく身体面の心配事は主治医やコーディネータにも相談するなど、具体的な解決行動に結び付けていくことをテーマとした。

Ⅲ 経過 (2) X+12 カ月 面接 6 回目

主治医が「移植から 1 年たって、随分良くなったのでは？」とレシピエントに尋ねたところ、本人は「1 年は我慢しましたがもう我慢できません」と発言する。理由は、①前主治医が腎移植はしない方が良いと反対したのにもかかわらず移植したために自分は不幸になった、②腎臓移植を受けてからお腹が張る、③虫垂ストーマの粘膜が飛び出しているという 3 点であった。②③に関しては主治医と相談の上で医学的に対処された。①については思い入れが強いため、現主治医が前主治医と相談の上、レシピエントが他施設の前主治医のところへ“腎臓移植を反対した”という話の真意を聞きに行くことになった。

Ⅳ 経過 (3) X+13 カ月 面接 7 回目～9 回目

レシピエントはドナーの母親とともに、二泊三日の旅行を兼ねて、前主治医を訪ねることとなり、「8 年ぶりに《好きな場所》に行くので」と、自身の趣味を楽しむ計画も立てた。そして、実際に前主治医から、「移植してよかったと思う。移植前よりも元気な姿を見られて嬉しい」「治療に関しては、現主治医に任せればよい」と助言され、レシピエントは「先生（前主治医）が反対していないことがわかって呪縛から解けました。罰が当たったわけではなくてよかったです」と気持ちを伝えた。その後、現主治医やコーディネータ、カウンセラーに対して、「《好きな場所》のホテルの部屋からは晴れ渡った《好きな景色》も見え、《趣味》も楽しめました」と、晴れ晴れとした表情で報告に来た。また、初回面談時の頃は地味で暗い色彩の洋服で化粧もしていなかったのが、この頃には受診時の洋服も明るく華やかになり、以前の様に化粧もするようになった（スタッフによると、元々は女性らしいお洒落を楽しむ人であり、元に戻ったことになる）。そして、今後は半年に一度は《好きな場所》に行く計画も立てようという意欲も見せ始めた。

5.3.3. 本事例のまとめ

抑うつ症状を呈していた 40 代の腎移植レシピエントの女性に対して SFA 施行により奏功した事例を提示した。事例からは、SFA を用いて問題解決のための資源を活性化（充実・向上）させることや、医療従事者においても問題解決をサポートするような対処が有効であることが示唆された。本人の力を引き出して問題解決

につなげるケアは、移植への適応があると考えられた。

5.3.4. 本事例の限界と課題

本事例は、1 ケースのみの事例提示からの検討である。偏りの可能性を否定できないのは事例検討の限界である。結果を一般化するためには、対象者を増やす、様々なストレス対処タイプのレシピエントの事例から検討するなどが今後の課題である。

5.4. 考察

本章では、研究 1, 2, 3 の結果を踏まえて、まず、検討 (1) において、問題解決に焦点を当てた「腎移植レシピエントに対する精神的ケアプログラム (案)」の提案を行った。次に、検討 (2) において、問題解決に焦点を当ててケアを行った事例を提示した。考察は、①問題解決に焦点をあてたケアの移植医療への適応、②移植 (腎不全患者) 特有の「うつ」への適応と限界、③精神科との連携、④外的資源：医療従事者によるケアやサポートについて検証した。

①問題解決に焦点をあてたケアの移植医療への適応

検討 (1) 移植スタッフによる精神的ケアプログラムの検討および、検討 (2) 腎移植レシピエントの事例提示からも、問題解決に焦点を当てたケアは、現場で実際に役に立つと考えられることが示唆された。移植に関する悩みや葛藤は様々である。長年、腎移植レシピエントの治療を経験した精神科医の春木は、「薬物では対応が困難なレシピエントが増加しており、精神科医は「抗うつ剤投与」を行うが、ほとんど効果がない」と報告している⁴²。また、春木は、腎移植成功で身体的には至って順調であるにもかかわらず、精神的不調 (うつ) を訴える腎移植レシピエントについて、「移植成功後の逆説的うつ状態」と呼び、「荷卸しうつ」という概念で説明されるとしている^{5, 14, 41}。その後、福西は、うつ状態のみならず疼痛障

害の合併を報告し、「移植を完全に受容できていない段階での移植では、それに関する葛藤から生じた心因性疼痛が起きる」ことを報告し⁶⁸、逆説的精神症状と表現した⁶⁹。また、佐藤は、「移植後のレシピエントの心理的反応は実に複雑であり、ただ単にドナーの腎臓が移植されるだけではなく、同時にドナーの愛情や期待、時には敵意などもレシピエントに移植されるものである」と述べ³⁷、「ことに、青年期以降中年期のレシピエントではドナーへの罪責、負債感に悩む例が多い」としている³⁷。

「人の臓器をもらってもよかったのか？」等の複雑で多岐に亘る葛藤要因があるレシピエントに対して、SFAをはじめとする問題解決志向のケアは、葛藤要因や心の深い傷に直面化するリスクが少なく、馴染みやすいと考えられる。また、SFAでは、原因や問題の発掘はしないが、悩みや葛藤をはじめによく聞いて安心で安全な場で信頼関係を築くことは従来心理療法と同様である。よって、本研究で提案した精神的ケアプログラム（案）に含まれている傾聴技法もサポートの一部として役立つことが期待される。心身ともに様々なストレスや脅威に晒される中で、積極的に労い、励ますコンプリメントを行う技法は、レシピエントと安心安全な関係を築くことができ、スムーズな介入にもなる。また元来、「移植」という、「問題を解決する」方法を選択していることや、一定レベルのアドヒアランスを有している患者が移植の適応であることから、SFAをはじめ、問題解決に焦点を当てたケアプログラムは、今後、効果が期待できる精神的ケアのひとつと言える。

野間は、「移植医療をめぐる心理的問題点を過度に強調するあまり、レシピエントやドナー、家族、援助するスタッフも不安になり、本来持っている回復や問題解決の力が委縮してしまうことがあるとしたら、非常に残念である」としている⁹⁰。対応として、個別性に充分配慮し、周囲の人が協力して一つひとつ解決することが大切で、一人ひとりにふさわしい対応を模索していくことが本来の心理的援助の姿であるとしている⁹⁰。これらの先行研究と照らし合わせても本人の力を引き出し問題解決につなげる対処方法は、移植レシ

ピエントへの適応があると考えられる。

②腎移植（腎不全患者）特有の「うつ」への適応と限界

問題解決に焦点をあてたケアが、すべての腎移植レシピエントの抑うつ状態に適応となり得るのかどうかについて考察する。春木は、透析患者、腎移植患者において「うつ」を引き起こす要因は様々で、臨床上、注意することとして、「尿毒症性うつ」や^{91,92}、薬剤が多く使われる合併症時、手術前後、感染症時、また免疫抑制剤の副作用である「薬剤性うつ」にも注意が必要であるとしている⁹³。さらに免疫抑制剤と「うつ」の服薬に関しては、春木や堀川が、SSRI（パロキセチン、フルボキサミン）はシクロスポリンやタクロリムスなどの血中濃度を上昇させるため、併用を注意するように述べている^{43,93}。ほかに高齢者の「脳器質性うつ」を「認知症」や「意識障害」と見誤らないことも注意している⁹³。これらは身体的な治療を優先することが重要であるため、「心因反応的なもの」と見誤らないように注意するよう報告されている⁹³。問題解決に焦点をあてたケアの適応に関しては、まず身体的な治療を優先した上で、並行して、精神的ケアの基本である支持的なサポートを行い、問題解決に焦点をあてて解決能力を引き出すことが、腎移植レシピエントの支えになると考えられる。

③精神科との連携

検討（2）の事例提示では、初めに精神科受診を勧めた。これは自殺企図があり深刻で急を要する状態、すなわち心理療法のみでは限界があると判断したためである。精神科医の関与をどの時点で行うべきかに関して、春木は、腎不全患者に関して強いうつ気分や自責感情、強い悲観、絶望があるとき、自殺念慮、自殺企図、自殺未遂、不眠など一般的な「うつ」の精神科紹介と同様の基準を挙げている⁹³。堀川は、自殺の危険がある場合に加え、双極性障害の患者

(治療が単極性うつ病とは異なるため)、アルコール依存、乱用の患者、統合失調症が疑われる患者、境界性人格障害を代表する感情、行動、対人関係のあり方などが不安定なタイプのパーソナリティ障害の患者、重大な心理社会的問題を持つ患者としている⁴³。これらの状況においては速やかに精神科医に紹介して適切な治療を受けることが先決である。しかし、精神科受診を拒む患者が多いことも事実であり、それらの気持ちも含めて話をよく聞きながら、問題解決に焦点をあてて関わっていくことは有効であると考えられる。精神科受診と問題解決に焦点をあてた精神的ケアとどちらを選択するかというよりは、必要な場合は精神科を受診して薬物治療も受けつつ、並行して問題解決に向けたケアも実施していくこと、もしくは決まった枠組みでなくとも医療従事者や家族など周囲の外的資源が、総合的に問題解決に結びつくように関わっていくことが望ましいと言える。

④ 外的資源：医療従事者によるケアやサポート

事例では移植医やコーディネータも本人の内的資源を探し、問題解決に協力的であったことも奏功した理由のひとつと考えられる。精神科や心理の専門家でなくても、SFA的なかわりは可能であるので、医師や看護師、コーディネータが本人の資源を引き出すノウハウを持つことも外的資源の一部となる可能性が示され、医療従事者がケア方法の技術を習得することは有効であると考えられた。問題解決に焦点をあてたケアは、本人の解決のための内的資源を充実、向上させることや、医療従事者においても問題解決をサポートするような外的資源となる対処が有効であり、移植医療への適応が示唆された。

5.5. 結論

本章では、腎移植レシピエントの精神的ケアプログラム（案）を提案し、有効な要素や内容の検討を行った。検討（1）では、移植医、精神科医、コーディネータ、看護師、心理士 168 名による三段階の検討会を行った。提案したケアプログラムの概要は、A 精神的ケアを支える基本知識および、基本技術と B 問題解決に向けた現状把握と精神的ケアの実施である。検討過程においてケアの一環として提案された、「心のカルテ」は概ね役に立ちそうという評価であり、内容的に大きな不備がないことが確認された。また、プログラム施行における課題への対策案として、ソフト面は、精神的ケアに関する教育機会の創出、簡便なケアプログラムやツールの開発、移植スタッフによる精神的ケアの資格化などであり、ハード面は、施設の体制別に合わせた多職種連携のケアシステムのガイドラインやマニュアルの作成、地域の枠組みを越えた連携などが提案された。

検討（2）では、事例提示による検討を行った。抑うつ症状を呈していた 40 代の腎移植レシピエントの女性に対して SFA を施行した事例からは、問題解決のための資源を充実・向上させることが抑うつ状態の改善に寄与することや、医療従事者が問題解決をサポートするケアの実施が可能であることが示唆された。

検討（1）（2）から、本人の力を引き出して問題解決につなげる内的資源の充実・向上に焦点を当てたケアやそのための外的資源を充実させるサポートは、移植への適応があると考えられた。

第 6 章 総括

6.1. 本論文の成果

本論文は、腎移植レシピエントの QOL の向上に寄与することを目標に、レシピエントの内的資源および外的資源に焦点をあてて、精神的ケアの充実や向上に有効なストレス対処やサポート方法・体制を検討することを目的とした。また、その基本情報として、精神健康状態の把握やケアの必要な時期を検討することも目的とした。

第 1 章では、まず、臓器移植の歴史や日本で生体間移植が増加している背景など臓器移植を取り巻く社会状況を把握した。次に、レシピエントの精神医学的問題や身体面との関連から、レシピエントに対する精神的ケアの必要性を述べた。そして、精神的健康に影響すると考えられるストレス要因について、身体的要因と心理社会的要因が報告されていることをまとめた。さらにストレス要因に対するストレス対処についての現状と課題を述べた。そして、サポート環境の充実に向けて医療従事者の多職種連携によるサポートの必要性や移植医療におけるチーム医療の課題を明らかにした。

第 2 章（研究 1）では、複数の移植実施施設で手術を受けた腎移植レシピエント 116 名を対象に、精神健康状態を把握した上で、移植後の抑うつを予測するリスク要因の明確化を行った。その結果、腎移植レシピエントの約 4 割が抑うつのハイリスク者であり、精神的ケアの必要性が明らかになった。次に、抑うつ群と非抑うつ群の 2 群に分けて、リスク要因に対する 2 群間比較を行った。t 検定と χ^2 二乗検定を行った上で、有意差を認めた項目を独立変数に、抑うつ得点を従属変数に二項ロジスティック回帰分析を行い、抑うつに関連のあるリスク要因を抽出した。その結果、抑うつのリスク要因は、「独居である」「定収入がない」「拒絶反応経験が多い」「移植に対する自発性が低い」「年齢が高い」に

において有意差が確認された。よって、精神的ケアは、「拒絶反応経験」などの身体状況にも留意した上で、「独居である」「定収入がない」「年齢が高い」などの社会的状況や個別性も考慮する必要性が示唆された。また、「移植に対する自発性の低さ」が腎移植後の抑うつに影響することが明らかとなったのは新しい知見であり、実際のケアにおいて留意する必要がある。

第3章（研究2）では、腎移植レシピエント109名を対象に、①腎移植後経過年数とハイリスク者数の関連、②ストレス対処タイプの傾向の把握、③ストレス対処タイプの傾向と精神的健康との関連を調査し、精神的ケアが必要な時期と有効な内的資源の要素を抽出することを目的とした。その結果、うつのハイリスク者は移植手術直後に多く、中長期に亘って減少はするものの、どの時期にも存在することが明らかとなり、ケアは移植後全ての時期において留意することが示唆された。また、ストレス対処は、Lazarusのストレス対処理論に基づいた8つのストレス対処タイプ（計画型、対決型、社会支援模索型、責任受容型、自己コントロール型、逃避型、離隔型、肯定価値型）を用いて探索的因子分析を行い、ストレス対処因子1「問題に直接対応」とストレス対処因子2「問題回避ストレス発散」の2因子が抽出された。そしてストレス対処因子を独立変数に、うつ得点を従属変数に、重回帰分析およびロジスティック回帰分析によってうつとの関連を検討した。ストレス対処因子1「問題に直接対応」はうつ得点を低くする関連があり、ストレス対処因子2「問題回避ストレス発散」はうつ得点を高くする関連があった。これらの結果から、実際の問題解決に主眼をおいたストレス対処教育の必要性が示唆された。

第4章（研究3）では、腎移植レシピエント及びドナー、家族をサポートする側（外的資源）の医療従事者を対象に、精神的ケアに関する課題とサポートする上で必要とされている対策を調査検討した。対象は、メディカルスタッフ（移植医以外のコーディネータ、看護師等）67名と移植医46名であった。質問紙および

ヒアリング、ディスカッションによる調査を行い、KJ 法等によって質的検討を行った結果、困難ケースや専門家との連携の認識に関して、職種間で違いがあることがあきらかとなった。すなわち、移植医は身体面に影響するノン・アドヒアランス問題や生命の危機に密接な状況、倫理面の問題、精神疾患などを困難ケースとして認識することが多く、移植医以外のメディカルスタッフは生活面や人生全般に関する問題を困難ケースとして認識していることが多いことが抽出された。これらは職種による役割や関わり方の違いが影響していることが考察された。今後は、ケアを行う医療側の職種間の認識の違いや特徴による影響も考慮した上で、問題解決に焦点をあてた介入やかかわり方を検討する必要があることが示唆された。また、サポートを行う上で必要とされていることとしては、精神的ケアに関する専門知識や傾聴方法、本人の強みの引き出し方などケアにつながるサポート技術の習得、施設によるマンパワーやサポート体制の差への対策などが抽出された。

第 5 章では、研究 1, 2, 3 の結果を踏まえて、検討 (1) において腎移植レシピエントのための精神的ケアプログラムを提案するとともに、検討 (2) では、事例提示によって問題解決に焦点を当てたケアの移植医療における適応や限界を検討した。検討 (1) では、移植医、コーディネータ、看護師、精神科医、臨床心理士によって、三段階の検討会を行った。最終的に提案された精神的ケアプログラム(案)は、A「精神的ケアを支える基本知識と基本技術」と B「問題解決に向けた現状把握と精神的ケアの実施」から構成された。検討 (2) では、抑うつ症状を呈していた 40 代の腎移植レシピエントの女性に対して解決志向アプローチ(心理療法)を施行した事例から、問題解決に焦点を当てたケアは抑うつ状態の改善に寄与することや、精神面の専門家ではない医療従事者が問題解決をサポートすることも可能であることが示唆された。検討 (1) (2) から、本人の力を引き出して問題解決につなげるケアやサポートは、移植現場への適応があると考えられた。また、薬物治療以外の精神的ケアだけで

は限界があることや、個々の事例に適した介入方法を検討する必要性についても言及した。

6.2. 本論文の意義

本研究では、第1章から第5章までを通じて、腎移植レシピエントの精神的ケアの充実や向上を目指し、ケアに有効な内的資源や外的資源を検討して、精神的ケアプログラム（案）やそのサポート体制の提案、事例提示による適応や限界の検討を行った。

研究1において、複数の移植実施施設で腎移植を受けたレシピエントの約4割にうつハイリスク者が存在することが明らかとなったことに意義がある。精神的ケアの必要性も改めて確認された。また、レシピエントの抑うつを予測するリスク要因において、「移植に対する自発性」の低さが影響していることが明らかになったことは新しい知見であり、実際のケアにおいて留意する必要があることが示唆されたことも意義があると考えられる。

研究2において、内的資源である腎移植レシピエントのストレス対処の傾向が把握され、問題との向き合い方とうつの関連が明らかになったこともこれまでに報告されていない新たな知見である。

研究3において、多施設の移植医とメディカルスタッフに対して行った精神的ケアに関する調査も初の試みで、困難ケースや精神科との連携に対する医療従事者の認識の違いおよび、精神的ケアに関して必要とされている内容が明らかになったことも、これまでに報告されていない知見で、サポート体制の充実に寄与する要素が抽出されたことに意義がある。

さらに、研究1,2,3の結果を踏まえて、試験版精神的ケアプログラムを作成し、全国の多施設の160名を越える移植医およびメディカルスタッフによって3段階の検討会を行って、最終的に提案したプログラム（案）に対して一定の評価を得たことにも意義

がある。これらの結果は、全国の移植医療に携わる医療従事者の臨床の質の向上に資するものになると考えられる。このプログラムについては、今後、その効果並びに費用対効果の検証が考えられるものの、レシピエントおよびドナー、家族に対して提供する医療サービスの向上にもつながり、移植の目的である生命の維持とQOLの向上にも寄与することが期待される。

また、腎移植レシピエントおよび腎移植希望者は年々増加しており、すでに一部の患者のみの医療ではなくなって来ている¹⁴。精神的ケアに有効な要素やサポート方法が明らかになったことは、多くの患者にとって役立つ研究結果であると考えられる。また、身体疾患患者のケアは他の疾患の患者のケアにも通ずる部分が多い^{23,87}。本論文における研究結果は、腎移植レシピエントだけでなく、他臓器の移植レシピエントおよび、多くの身体疾患患者のQOLの向上に役に立つ汎用性があることが期待される。

参考文献

- 1) 大久保通方. 移植者が抱える精神的問題について. 移植. 1998; 33:211-215
- 2) 西村勝治, 小林清香, 筒井順子. 臓器移植における精神科的介入. 臨床精神医学. 2014;43(6):865-871
- 3) 春木繁一. 生体腎移植に関連するドナー:レシピエントの精神医学的問題. 臨床透析 2006;22:1349-1358
- 4) 春木繁一. 移植における精神医学的諸問題—我が国の生体腎移植を中心に—. 日本臨床. 2005;63(11):1908-1912
- 5) 春木繁一. 臓器移植に関連する精神医学的問題—日本における生体腎移植の経験を中心に:第1部レシピエントの精神医学的問題. 移植. 2004;39(3):255-264
- 6) 森俊夫, 黒沢幸子. a 解決志向ブリーフセラピーの基本的な考え方・哲学, b 解決志向ブリーフセラピーの面接マニュアル<5つのステップ>. 解決志向ブリーフセラピー. 東京:ほんの森出版, 2002. a48-61, b64-181
- 7) 厚生労働省. 臓器移植関連情報.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/zouki_ishoku/gaiyo.html (2019年11月12日確認)
- 8) (公益社団法人)日本臓器移植ネットワーク. 臓器移植とは?
<https://www.jotnw.or.jp/learn/about/> (2019年11月12日確認)
- 9) 河村尚登. 臓器移植に関する倫理問題. 工学倫理. 東京:東京電機大学出版局, 2011. 187-202
- 10) 岡田剛史. 生体臓器ドナーに対する心理的介入. 移植. 2019;54(1):29-35

- 11) (公益社団法人)日本臓器移植ネットワーク.臓器提供・移植データブック 2017. https://www.jotnw.or.jp/datafile/data_book/ (2019年8月3日確認)
- 12) 町野朔. 国際社会における日本の臓器移植:イスタンブール宣言の意味(解説). 移植. 2011;46(2)-(3):142-146
- 13) (一般社団法人)日本移植学会. 臓器移植ファクトブック 2018. <http://www.asas.or.jp/jst/pro/pro8.html> (2019年8月3日確認)
- 14) (一般社団法人)日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現状. <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html> (2019年8月3日確認)
- 15) 厚生労働省. 平成28年国民健康・栄養調査. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000177189.html> (2019年9月4日確認)
- 16) (一般社団法人)全国腎臓病患者協議会. 腎臓病について. <https://www.zjk.or.jp/kidney-disease/symptom/> (2019年9月4日確認)
- 17) 山下(鈴木)吏良. 移植成功後レシピエントの精神・心理社会的ケア:腎移植の精神状態に関して. 今日の移植. 2009;22(1):59-64
- 18) 西村勝治, 小林清香, 菅原裕子, 石郷岡純. レシピエントにかかわる精神科の諸問題:当院における精神科コンサルテーションの経験から. 腎移植・血管外科. 2013;25(2):127-131

- 19) Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics*. 2001;42(4):337-343.
- 20) Surman OS, Cosimi AB, DiMartini. A Psychiatric care of patients undergoing organ transplantation. *Transplantation*. 2009;87(12):1753-1761
- 21) Tsunoda T, Yamashita R, Kojima Y, Takahara S. Risk factors for depression after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2010;42(5):1679-1681
- 22) Ojo AO, Hanson JA, Wolfe RA, Leichtman AB, Agodoa LY, Port FK. Long-term survival in renal transplant recipients with graft function. *Kidney Int. Transplantation*. 2000;57(1):307-313
- 23) 鈴木 吏良. 移植、それぞれの立場から. *今日の移植* 2015;28(2):203 - 214
- 24) 西村 勝治, 小林 清香, 石郷 岡純. 臓器移植とうつ病. *DEPRESSION JOURNAL*. 2014;2(1):18-21.
- 25) Novak M, Molnar MZ, Szeifert L, Kovacs AZ, Vamos EP, Zoller R, Keszei A, Mucsi I. Depressive symptoms and mortality in patients after kidney transplantation: a prospective prevalent cohort study. *Psychosom Med*. 2010; 72(6):527-534.

- 26) Dobbels F, Skeans MA, Snyder JJ, Tuomari AV, Maclean JR, Kasiske BL. Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of Medicare claims. *Am J Kidney Dis.* 2008; 51(5): 819-828
- 27) Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Posluszny DM, Steel J, Switzer GE, Shellmer DA, Greenhouse JB. Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and meta analysis. *Transplantation.* 2015;100(5):988-1003
- 28) 高原史郎. 多職種連携によるチーム医療の進歩. *日本臨床腎移植学会雑誌.* 2017;5(1):1-8
- 29) 春木繁一. 【移植と人工臓器の哲学 医療従事者へのメッセージ】 レシピエントの心理(解説/特集). *成人病と生活習慣病.* 2007;37(12):1371-1376
- 30) 福西勇夫. 臓器移植と精神医学に関する臨床研究. *精神医学.* 1998;40:1343-1347
- 31) 山下吏良, 仲宮優子, 小崎浩一, 森俊夫, 高橋祥友, 湯沢賢治. 腎移植後抑うつに解決志向グループセラピーが効果を示した1例. *臨床腎移植学会雑誌.* 2014;2(2):207-212.
- 32) 志津淳子. 腎移植看護の変化: 腎移植直前の精神心理評価に統合的 HTP 法を導入して. *今日の移植.* 1998;11(4):515-519

- 33) Hayward MB, Kish JP Jr, Frey GM, Kirchner JM, Carr LS, Wolfe CM. An instrument to identify stressors in renal transplant recipients. ANNA J. 1989;16(2):81-85
- 34) Frey GM. Stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant. ANNA J. 1990;17(6):443-446
- 35) 中西健二, 山下仰, 柏木哲夫. 腎移植後のストレスに対する認知評価が精神的健康に与える影響. 心身医学. 2002;42(8):503-511
- 36) B. Akman, F.N. Ozdemir, S. Sezer, H. Micozkadioglu, M. Haberal. Depression levels before and after renal transplantation. Transplantation Proceedings. 2004;36:111-113
- 37) 佐藤喜一郎. 小児における臓器移植と発達に及ぼす影響・精神医学的問題. 小児看護. 2002;25:1585-1590
- 38) 細木宏. 移植医療の精神医学. 最新精神医学. 2002;7:421-429
- 39) 向山隆志, 小泉曲章, 吉松和哉, 小林信や, 天野純, 清澤研道, 西澤理, 宮川哲江, 新倉秀夫, 洞和彦. 信州大学附属病院における生体腎移植および献腎移植患者へのリエゾン・コンサルテーション精神医学. 信州医誌. 2000;48:175-182
- 40) 福西勇夫. 生体腎移植における精神医学的問題. あいみっく. 1996;17:10-14

- 41) Haruki S. Paradoxical depression in successful transplantation recipients in cases of renal transplantation from living related donors. *Yokohama Med Bull.* 1992;43:45-50
- 42) 春木繁一. 腎移植レシピエントの精神療法 (カウンセリング) ことに移植成功後のいわゆる “うつ” 問題について. *移植.* 2009;44:202-206
- 43) 堀川直史, 小林清香. 腎移植者の心理・精神症状とその対応. *今日の移植.* 2006;19(4):363-369
- 44) Richard S. Lazarus, Susan Folkman. “Stress, Appraisal, and Coping. Springer, New York. (本明寛, 春木豊, 織田正美監訳). ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究. 東京:実務教育出版, 1991
- 45) Brochier T, Olié JP. Stress and depression. *Encephale.* 1993;1:171-178
- 46) Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;377:50-58.
- 47) 大平泰子, 數川悟, 引網純一. 適応障害患者におけるストレス対処行動特性の検討 健康群との比較. *精神医学.* 2003;45(7):715-721
- 48) 野口文乃. 腎移植にかかわる RTC の役割. *腎移植・血管外科.* 2013;25(2):154-160

- 49)八木澤隆.腎移植にかかわる医療従事者の役割と最新の知識.
医療従事者の役割 外科医の役割.腎と透析.2015;78(1):13-15
- 50)水本清久,岡本牧人,石井邦雄,土本寛二.臓器移植腎移植.実践
チーム医療論 実際と教育プログラム.東京:医歯薬出版株式会
社,2011.228-235
- 51)石井大輔,吉田一成.移植外科医から見たチーム医療.腎移植・
血管外科.2013;25(2):99-104
- 52)吾妻知美,神谷美紀子,岡崎美晴.チーム医療を実践している看
護師が感じる連携・協働の困難.甲南女子大学研究紀要看護学
・リハビリテーション学編.2013;7:23-33
- 53)Zung WWK.A self-rating depression scale.Archives of
General Psychiatry.1965;12:63-70
- 54)福田一彦,小林重雄.自己評価式抑うつ尺度の研究.精神神経学
雑誌.1973;75:673-679
- 55)Reimer J, Franke GH, Lutkes P, et al.Quality of life in
patients before and after kidney transplantation.
Psychother Psychosom Med Psychol.2002;52(1):16-23
- 56)Baines LS, Joseph JT, Jindal, RM.Emotional issues after
kidney transplantation.a prospective psychotherapeutic
study.Clin Transplant.2002;16(6):455-460

- 57) Achille MA, Ouellette A, Fournier S, Vachon M, Hebert MJ. Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. *Clin Transplant*. 2006;20(3):301-306
- 58) Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2004;36(1):111-113
- 59) Molnar MZ, Novak M, Szeifert L, et al. Restless legs syndrome, insomnia, and quality of life after renal transplantation. *J Psychosom Res*. 2007;63(6):591-597
- 60) 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):2047-2053
- 61) Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med*. 1999;341(23):1725-1730
- 62) Szeifert L, Molnar MZ, Ambrus C, Koczy AB, Kovacs AZ, Vamos EP, Keszei A, Mucsi I, Novak M. Symptoms of depression in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis*. 2010;55(1):132-140

- 63) D. J. Kiley, C. S. Lam, R. Pollak. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation*. 1993;55:51
- 64) R. M. Jindal, J. T. Joseph, M. C. Morris, et al. Noncompliance after kidney transplantation: A systematic review. *Transplantation Proceedings*. 2003;45:2868
- 65) Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, Desmyttere A, Schäfer-Keller P, Schaub S, De Geest S. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transplantation*. 2005;18(10):1121-1133
- 66) Fine RN1, Becker Y, De Geest S, Eisen H, Ettenger R, Evans R, Rudow DL, McKay D, Neu A, Nevins T, Reyes J, Wray J, Dobbels F. Nonadherence consensus conference summary report. *Am J Transplant*. 2009;9(1):35-41
- 67) Rogal SS, Landsittel D, Surman O, Chung RT, Rutherford A. Pretransplant depression, antidepressant use, and outcomes of orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl*. 2011;17(3):251-260
- 68) 福西勇夫, 酒井謙, 進藤雅仁, 小原武博, 相川厚, 長谷川昭, 溝口純二, 原敬, 鈴木二郎. 生体腎移植後に疼痛障害を呈したレシピエントの1例 逆説的な精神症状に関する考察. *精神医学*. 1998;40:1099-1102
- 69) 福西勇夫. 生体腎移植にみられる逆説的精神症状. *精神科治療学*. 1998;13:516-518

- 70)村松公美子.Patient Health Questionnaire(PHQ9,PHQ15)日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版－up to date－.新潟青陵大学大学院臨床心理学研究.2014;7:35-39
- 71)日本健康心理学研究所.ラザルス式ストレスコーピングインベントリー SCI:Lazarus Coping Inventory.東京:実務教育出版,1996
- 72)Golfieri L, Lauro A, Tossani E, Sirri L, Dazzi A, Zanfi C, Vignudelli A, Amaduzzi A, Cucchetti A, La Barba G, Pezzoli F, Ercolani G, Vivarelli M, Del Gaudio M, Ravaioli M, Cescon M, Grazi GL, Grandi S, Pinna AD. Coping strategies in intestinal transplantation. Transplantation Proceedings.2007;39(6):1992-1994
- 73)White C, Gallagher P.Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. J Adv Nurs.2010;66(11):2550-2559
- 74)Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Hubner FK, Sadowski J.Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients. Transplantation Proceedings.2011;43(8):3076-3781
- 75)Dew MA, Simmons RG, Roth LH, Schulberg HC, Thompson ME, Armitage JM, Griffith BP.Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation.Psychol Med.1994;24(4):929-945

- 76) Aldwin, CM. "Stress coping and development: an integrative approach New York. NY: Guilford, Annema, 2007
- 77) Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E, Pollak R. Medication noncompliance after kidney transplantation. Am J Health Syst Pharm. 2003;60(3):266-269
- 78) 川喜田晶子. KJ法とは. 京都: 霧芯館, 2009
- 79) 川喜田二郎. 発想法－創造的開発のために. 東京: 中央公論社, 1967
- 80) 川喜田二郎. 続・発想法. 東京: 中央公論社, 1970
- 81) 川喜田二郎. KJ法－渾沌をして語らしめる. 東京: 中央公論新社, 1986
- 82) 川喜田二郎. 創造と伝統 川喜田二郎著作集第13集. 東京: 中央公論社, 1997
- 83) 川喜田二郎. 組織開発論 川喜田二郎著作集第7集. 東京: 中央公論社, 1996
- 84) 谷知正章, 鈴木吏良, 斉藤拓, 戸田裕之, 高原史郎, 吉野相英. 腎移植に伴う多職種連携による精神的ケア. 日本臨床腎移植学会雑誌. 2019;7(1):1-6
- 85) 春木繁一. 透析、腎移植の精神医学. 東京: 中外医学社, 1990
- 86) 細田満知子. チーム医療とは何か. 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ. 第1版. 東京: 日本看護協会出版, 2012

- 87) 上村 恵一, 小川 朝生, 谷 向仁, 船橋 英樹. がん患者の精神症状はこう診る 向精神薬はこう使う. 東京:じほう, 2015
- 88) 渡辺 昌祐, 光信 克甫. プライマリケアのためのうつ病診療 Q&A. 東京: 金原出版, 1988
- 89) Fujimori, M. Oba, A., Koike, M. et al. Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. *L Cancer Educ.* 2003;18:194-201
- 90) 野間 俊一. 移植成功後のレシピエントの精神心理社会的ケア. *今日の移植.* 2009;22(1):70-77
- 91) 春木 繁一. 透析患者の“抑うつ”と“不安”透析患者と生きる—スタッフのためのリエゾンコンサルテーションの臨床. 東京: 日本メディカルセンター, 1994. 53-70
- 92) 春木 繁一. 透析患者の抑うつについて. *透析ケア.* 1996;2:65-75
- 93) 春木 繁一. 腎臓疾患とうつ病—透析と腎移植の場合. *総合臨床.* 2010;5(59):1243-1247

謝辞

本研究は、平成 25 年度～27 年度国立病院機構水戸医療センター臨床研究費、令和元年度慶應義塾大学湘南藤沢学会研究助成金を得て実施することができました。

まず、はじめに、調査研究にご協力頂いた腎移植レシピエント、ドナー、ご家族の方々に心から感謝の気持ちを表します。

研究調査フィールドに関して、大阪大学医学部附属病院、蒼龍会井上病院、国立病院機構水戸医療センター、筑波大学医学部附属病院、大阪大学医学系研究科先端移植基盤医療学、防衛医科大学校泌尿器科学講座・精神科学講座、公益財団法人富山県移植推進財団、日本臓器保存生物医学会、JATOCO、CKD・移植勉強会、日本臨床腎移植学会ほかの皆様から多大なるご協力を頂きました。

そして、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科の諸先生方、特に指導教員である山内慶太教授からは、あたたかく見守って頂き、多角的な視野から多くのご指導を頂きました。また、渡辺美智子先生からは、統計解析の基本から教えて頂きました。

最後に、家族の協力なくして、研究と仕事の両立を続けることはできませんでした。私のすべてをサポートしてくれた夫、弟、妹、祖母、子ども達に深く感謝致します。

この場を借りてすべての方々に心からの感謝を表したいと存じます。

令和 2 年 1 月 15 日