

## 2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

### E. メンタルヘルスケアからの視点

庵地雄太

(国立循環器病研究センター 心臓血管内科)

#### 心不全緩和ケアにおける基本的メンタルヘルスケアと専門的メンタルヘルスケア

身体科外来に受診する患者の21～26%、総合病院に入院する患者の30～60%が精神疾患を合併しているという報告<sup>1)</sup>が示すとおり、身体疾患臨床において精神疾患の併存は決して珍しいものではない。精神疾患を有するすべての患者について、身体科と精神科が協働できることが最も理想的なのであろうが、無論それは現実的ではない。緩和医療では基本的ケアと専門的ケアの2層構造で、限られたケアの資源を必要性に応じて機能的に分配する概念が広く用いられているが、これは心不全患者へのメンタルヘルスケアでも同様である。

本稿では、おもに心不全治療に携わるプライマリーケアスタッフを想定した基本的メンタルヘルスケアと、精神科や心療内科などの専門診療科に携わる専門職を想定した専門的メンタルヘルスケアに分け、特に臨床で必要とされる視点、考え方、知識について概説していく。

#### 基本的メンタルヘルスケア（プライマリーケアスタッフに向けて）

##### 1. プライマリーケアで対応できる精神症状であるかを見極める

わが国精神科医療において、精神疾患/精神障害の診断基準は米国精神医学会が発行する「Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM (精神障害の診断と統計マニュアル)」<sup>2)</sup>が広く採用されている。このDSMに基づいて診断する場合、診断前に必ず考慮しなければならない

「前提条件」がいくつかあるのだが、その代表的なものが「他の医学的疾患による精神疾患であるか」、「苦痛がある、または生活に支障が生じている」という2点である。この2点は、プライマリーケアの範囲として対応可能な精神症状であるかを判断する1つの目安となる。

##### 1) 「身体の不調」が原因となっていないかを再確認する

1つ目の「他の医学的疾患による精神症状」については、たとえば女性の月経に伴う気分や意欲の変動をイメージすると理解しやすい。これは月経前症候群と称され、内分泌機能に伴う精神症状に分類される。その他、甲状腺機能障害に伴う精神症状や副腎皮質ホルモン薬の服用に伴う副作用なども、「他の医学的疾患による精神症状」に含まれる。ほかには、末期心不全症例に多く併存する腎不全による尿毒症や、肝不全による肝性脳症などに起因する精神症状も臨床では多くみられる。

つまり、プライマリーケアスタッフが自ら担当する患者に精神症状を認めた際は、まず「他の医学的疾患」を再確認することが重要である。意欲低下、食思不振、せん妄、注意力低下など患者に精神症状が現れた時には、まずは落ち着いて現病歴の再確認と全身状態のアセスメントを行い、精神症状の原因となりうる身体疾患や薬物の副作用がないか検討する。そして、もし原因が特定され治療やケアによる改善が可能である場合には、その適切な対処が結果としてメンタルヘルスケアへとつながるのである。特に、持続点滴や補助循環などを使用している易感染の重症心不全症例については、感染症が遠因となるせん妄の発症が致命症になる場合があるため、十分な予防と早期発見

が肝要である。なお実際には、このような身体疾患に起因する精神症状のアセスメントと対応については、メンタルヘルスケアの専門職が身体科の主治医やかかりつけ医、看護師などの経験豊富なプライマリーケアスタッフから教わることも少なくない。

## 2) 「苦痛、生活への支障の程度」や「対応のニーズ」を患者に確認する

次に「苦痛、生活への支障」の程度を見極めることは、精神症状や心理社会的問題へ対処する際の基本的な視点の1つである。最新の報告では、日本人虚血性心疾患症例の5.6%に抑うつ症状が併存するとされており<sup>3)</sup>、そのため以前よりわが国の心不全や心臓リハビリテーションに関するガイドライン<sup>4,5)</sup>では抑うつ適切なスクリーニングと対応が推奨されている。それらガイドラインにも明記されていることもあり、心血管疾患領域で最も有名なうつスクリーニング方法はおそらくPHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9 item)であろう。アメリカ心臓協会 (American Heart Association ; AHA) の Science Advisory<sup>6)</sup> で報告されて以降、臨床で広く用いられているPHQ-9だが、このスクリーニング方法の核心部分が「生活の困難度」であることは、残念ながらあまり知られていない。

PHQ-9は9つの症状を4段階の頻度で判定し、得点化することで重症度を判定する。だが仮にPHQ-9の結果が高得点である場合でも、患者自身はさほど症状で困っておらず、生活への支障は少ないと考えていることがある。このような判定結果は、最終的には擬陽性と判断されることが珍しくない。このような誤判定を防ぐために設けられている項目が「生活の困難度」である。これは、PHQ-9特有の問題ではなく、質問紙によるアセスメントに共通するデメリットとリスクである。精神疾患/精神障害の診断に伴う前提条件(身体の不調、苦痛と生活への支障など)と、この質問紙によるアセスメントの特性(デメリットとリスクの側面)を把握していない場合、他覚的な精神症状と質問紙の得点によりすぎることで、結果として誤った判断へとつながる恐れがある。また、質問紙へ回答するということは、すなわち患者が

自身の精神症状と直面化することになるため、実施に伴う精神心理的侵襲度を必ず考慮しなければならない。これらのことを、アセスメントを実施する医療者は十分に理解しておく必要がある。

そのため、もしプライマリーケアスタッフが自身の担当患者に他覚的な精神症状を認めた場合、急ぎ定量的なスクリーニングや症状評価を実施する前に、まずは落ち着いて患者とコミュニケーションを図ってほしい。具体的には、プライマリーケアスタッフが捉えた他覚的な精神症状について、「○○さん、最近少し落ち込んでいるように見えるけど、何かありましたか？」などのように心の状態を案じていることとあわせて患者へ伝える。そこから患者自身の認識と苦痛の程度、精神症状による生活への影響、症状軽減のニーズを丁寧に確認したうえで、初めて定量的なスクリーニングの実施や症状に応じた対応策について患者とともに検討する。なお、他覚症状を認めるものの患者自身の対応ニーズが高くない場合、無用に深追いせず、通常のケアを継続しながら精神症状の観察も続ける。そして、症状の悪化や生活への支障が増した際、改めて患者と受診の相談や加療の推奨ができるような信頼関係を維持発展させることが望ましい。

## 2. メンタルヘルスケアの専門職とつながる / つなげる

前記を踏まえ、プライマリーケアの現場では対応が難しく、かつ患者自身が治療や症状改善を求めている場合には、適切な専門医療機関や専門職へコンサルテーションする必要がある。これは、医学モデルにおける精神疾患/精神障害に加え、背景が複雑な心理社会的苦痛/苦悩も専門診療科へのコンサルテーション対象となる。では、誰に、いつ、どのようにコンサルテーションすればよいのか。その前提として「コンサルテーションは相互の信頼関係のうえに成り立つ」ことを共通認識として再確認し、望ましい連携について具体例を交えながら概説する。

### 1) 誰に：信頼できるメンタルヘルスケアの専門職とのつながりをもつ

身体疾患に併存する精神疾患/精神障害への治

表 1 日本総合病院精神医学会による全国調査結果

|                   | 全 体     | 大学病院   | 総合病院   |
|-------------------|---------|--------|--------|
| 総病院数              | 247     | 84     | 163    |
| 総病床数              | 151,079 | 67,333 | 83,746 |
| 総病床数（平均）          | 603.3   | 818.8  | 509.7  |
| 精神病床数             | 17,381  | 3,705  | 13,676 |
| 精神病床数（平均）         | 71.8    | 45.2   | 84.2   |
| 精神科常勤医師総人数        | 1,946   | 1,322  | 624    |
| 精神保健指定医総人数        | 1,073   | 690    | 383    |
| 1施設あたりの精神科医師数     | 7.5     | 15.7   | 3.8    |
| 1施設あたりの精神保健指定医数   | 4.1     | 8.3    | 2.3    |
| 精神科病床数 / 精神科常勤医師  | 19.8    | 3.2    | 26.5   |
| 精神科病床数 / 精神保健指定医数 | 31.9    | 6.2    | 43.0   |

（文献7より引用）

表 2 有床の総合病院精神科数

|        | 病院数 | 精神科<br>常勤医<br>師数 | 精神科<br>常勤医<br>師数<br>(平均) | 精神保<br>健指定<br>医師数 | 精神保<br>健指定<br>医師数<br>(平均) | 総病床<br>数 | 一般<br>病床数 | 精神<br>病床数 | 精神科病<br>床数 / 精<br>神科常勤<br>医師 | 精神科<br>病床数 /<br>精神保<br>健指定<br>医数 |
|--------|-----|------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|----------|-----------|-----------|------------------------------|----------------------------------|
| 北海道    | 22  | 68               | 3.1                      | 40                | 1.8                       | 473.4    | 341.4     | 87.1      | 31.5                         | 52.3                             |
| 東北     | 27  | 67               | 2.5                      | 45                | 1.7                       | 470.9    | 360.1     | 95.2      | 48.9                         | 64.2                             |
| 関東     | 36  | 180              | 4.9                      | 114               | 3.1                       | 551      | 451.3     | 58.7      | 11.1                         | 20.7                             |
| 中部     | 20  | 74               | 3.7                      | 42                | 2.1                       | 463.1    | 376.3     | 87.9      | 31                           | 50.7                             |
| 北陸     | 13  | 46               | 3.5                      | 37                | 2.8                       | 491.5    | 394       | 87.6      | 24.5                         | 32.4                             |
| 近畿     | 14  | 75               | 5.4                      | 43                | 3.1                       | 651.8    | 461.9     | 146.1     | 24.6                         | 44.8                             |
| 中国     | 10  | 30               | 3                        | 21                | 2.1                       | 539.1    | 459.2     | 61.4      | 22.2                         | 40                               |
| 四国     | 7   | 39               | 4.9                      | 20                | 2.5                       | 389.3    | 296.9     | 68.8      | 19.9                         | 29.8                             |
| 九州沖縄   | 14  | 45               | 3.2                      | 21                | 1.5                       | 557.3    | 470.4     | 65        | 24.3                         | 52.2                             |
| 総合病院平均 | 18  |                  | 3.8                      |                   | 2.3                       | 509.7    | 401.3     | 84.2      | 26.5                         | 43                               |

（文献7より引用）

療や対応について中心的な役割を担う「リエゾン精神医学」という専門領域がある。これを専門領域とする精神科医は、その需要に対する絶対数が圧倒的に不足しているため（表1～3）<sup>7)</sup>、心不全臨床においても大変貴重な存在であり、そしてきわめて多忙である。その希少性と多忙を補完するため、現在、身体疾患に併存する精神疾患 / 精神障害はおもに「精神科リエゾンチーム」と呼ばれる多職種チームが、各職種で役割や業務を分担しながら対応することが基本形態となっている。精

神科リエゾンチームによる医療活動は診療報酬加算が定められており、そのため施設基準として精神科医、看護師、薬剤師や心理師などを専従配置しなければならない。精神科リエゾンチームの介入は、医師間の紹介受診形式のほか、専従の看護師、またはパラメディカルスタッフが相談窓口機能を担っていることもある。このように種々のルートから受けた依頼や相談に対し、精神科リエゾンチームは精神科医を中心に患者の状態に適した職種やアプローチを検討し、個別性に応じた柔

表3 精神科医の不足推計

|        | 精神科常勤医師数 | 常勤精神科医必要医師数 <sup>*1</sup> | 不足数  | 精神保健指定医師数 | 精神保健指定医師必要医師数 <sup>*2</sup> | 不足数  |
|--------|----------|---------------------------|------|-----------|-----------------------------|------|
| 北海道    | 68       | 110                       | - 42 | 40        | 66                          | - 26 |
| 東北     | 67       | 135                       | - 68 | 45        | 81                          | - 36 |
| 関東     | 180      | 180                       | ± 0  | 114       | 108                         | + 6  |
| 中部     | 74       | 100                       | - 26 | 42        | 60                          | - 18 |
| 北陸     | 46       | 65                        | - 19 | 37        | 39                          | - 2  |
| 近畿     | 75       | 70                        | + 5  | 43        | 42                          | + 1  |
| 中国     | 30       | 50                        | - 20 | 21        | 30                          | - 9  |
| 四国     | 39       | 35                        | + 4  | 20        | 21                          | - 1  |
| 九州沖縄   | 45       | 70                        | - 25 | 21        | 42                          | - 21 |
| 総合病院合計 | 624      | 815                       | -191 | 383       | 489                         | -106 |

<sup>\*1</sup>常勤精神科医師数を1病院あたり5人とした時の必要医師数

(文献7より引用)

<sup>\*2</sup>精神保健指定医師数を1病院あたり3人とした時の必要医師数

軟なケアを提供していく。

では、このような質の高い精神科リエゾンチームや各専門職とつながりをもつためには、具体的に何から始めればよいのか。それは「関連する学術集会に参加すること」が最も確実に有効であると筆者は考えている。当然のことだが、学術集会は日頃の診療について報告し、広く議論する場である。とかく精神科医療は症例の個性や秘匿性が高く標準化しにくい特性があるが、一方でEBMの根幹である「客観性や再現性を高める」という観点から、診療内容やアプローチについて広く議論することもまた重要である。この相反する課題の間で最善のバランスを模索することが今日の精神科医療に携わる者に求められる姿勢であり、その実践の場として大きな意味と意義をもつのが学術集会である。

メンタルヘルスケアの現場では、患者と医療者との「人としての相性」も治療上重要視されるが、これはプライマリーケアスタッフとメンタルヘルスケア専門職との相性も同様であろう。つまり、プライマリーケアスタッフには学術集会への参加を通して、自施設の近隣施設から発表や参加をしている精神科リエゾンチームや各専門職を探し、責任感や診療姿勢、相互に信頼関係を構築できるか、などの相性を実際に確かめることから始めることをお勧めする。

## 2) いつ：迷ったら相談する

明らかな興奮や混乱を呈している場合を除き、精神症状や心理社会的苦痛の重症度や緊急性の判断は容易ではない。特に身体疾患領域では治療の前提ともなる「原因」の探索は、精神科領域では高度な専門技術と十分な時間が必要となる場合が多く、症状マネジメントとの両立を図りながら適切に進めなければならない。よって、精神症状のアセスメントやマネジメントに関する知識と熟達が不十分な場合やメンタルヘルスケア専門職との連携実績が浅い場合には、「対応に迷った時には、まず相談」と考えるのが最も安全であろう。その後、徐々に関連する知識や技術を蓄積し、また専門職へのコンサルテーション実績を積み重ねることで、望ましいタイミングを模索していくことが肝要である。

## 3) どのように：お互いに望ましいコンサルテーションの枠組みをつくる

では、メンタルヘルスケアの専門職との接点が生まれ、相互に望ましいタイミングで相談できるような連携を構築するためには、どのような準備と取り組みが必要なのか。その1つの例として、大阪の「一般医-精神科医ネットワーク（以下、G-P ネット）」の取り組み<sup>8)</sup>を紹介する。大阪G-P ネットでは、次の4点に重点を置いて良好な連携構築を実現した<sup>8)</sup>。

表4 精神科医へ紹介したほうが良い場合（臨床的適応）

|   |   |
|---|---|
| 1) うつ病の重症度<br>拒食、強度の不眠、強度の精神運動抑制、精神運動興奮                               | 6) 躁状態の既往   |
| 2) 自殺の危険性<br>自殺企図の既往、自殺をほのめかす発言、素振りなど                                 | 7) 治療抵抗性が予測される症例<br>①病前の適応状態が悪い場合<br>②非定型の特徴を示す場合   |
| 3) 病識の欠如<br>心気、貧困、罪業念慮が妄想レベル、服薬など拒否                                   | 8) 治療反応が不良<br>①治療開始し1カ月経っても改善傾向がみられない場合、あるいは、症状がかえって増悪した場合<br>②予想以上の副作用が出現し、患者が治療への不安を増大させた場合<br>③わずかず改善していたとしても、3カ月を経過してなお、自己評価、他覚評価のいずれかが、病前レベルとかなり差がある場合など |
| 4) 特殊な臨床像<br>疎通性が確立できない、広範で奇妙な妄想が疑われる、考えが分かる、もしくは、考えが伝わってしまう、などといった症状 |   |
| 5) 頻回のうつ病相の既往   |   |

（文献8より引用）

表5 精神科医へ紹介したほうが良い場合（非臨床的適応）

|   |
|---|
| 1) 治療スタッフ<br>①患者に関わるスタッフすべてが十分なうつ病への認識、治療原則を心得ていない場合<br>②治療スタッフのなかにうつ病患者を扱うことへの抵抗や不安がある場合 |
| 2) 主治医と患者家族との関係<br>①患者家族の理解、納得が得られない場合<br>②家族が治療に対して不安、不信感をもっていると思われる場合                   |
| 3) 患者背景<br>①患者が1人暮らしで、家族などの援助が受けられない場合<br>②家族内での関係不良や葛藤の存在が疑われ、精神的援助が得られにくいと思われる場合        |

（文献8より引用）

a) 「顔の見える関係」の構築

なんととっても一般科医と精神科医とが顔見知りとなり、顔の見える関係になったことがこのネットワークの最大の意義であったと考える。お互いが顔の見える関係になると心理的距離が近づき、本音での会話が可能となる。そのことから一般科医の精神科医、あるいは精神科医療への不安や疑念が非常に軽減し、信頼関係の構築につながる。

b) お互いの状況・事情などの相互理解

顔の見える関係となり本音での会話ができるようになることから、それぞれの立場の状況や事情、さらに困難な点などを知るところとなり、相互の理解が深まる。

c) 知識や情報の共有化

精神科医療はまだまだ一般科医にはなじみの薄いものであり、特に薬物療法に関しては理解しが

たいところが多々あるようである。一般科医が精神科医療に関して正しい認識をもつことは、患者を精神科医に紹介する際の説明、あるいは説得において非常に重要である。正確な認識をもとに患者に説明をすることで、患者の精神科医療に対する不安がいたずらに増すこともなく、精神科での治療がスムーズに導入される。

d) 「チーム」医療の認識と成熟化

連携関係が単なるバトンタッチではなく「協働作業」であることについて、お互いが認識を新たにすることから、有効な本来の連携関係、すなわち、それぞれがチームの一員として自分の役割と責任範囲を考えながら患者に対応することが可能となり、患者の治療がスムーズに進むことにつながる。

大阪 G-P ネットはこの取り組みを通じて一般

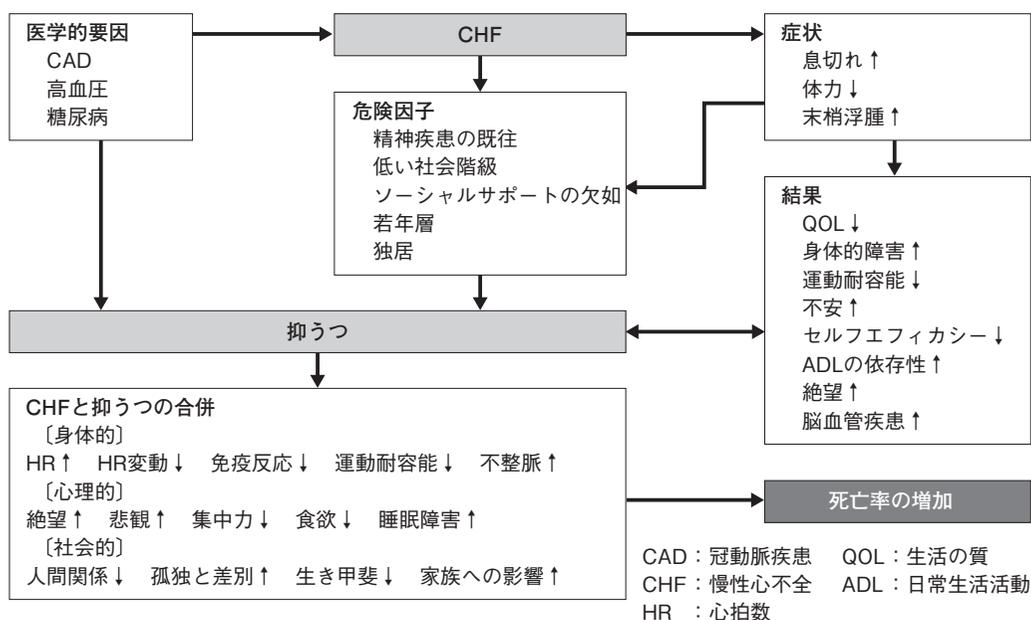


図1 心不全と抑うつが合併した際の死亡率への相乗効果（文献10より引用）

科医と精神科医が議論を尽くし、表4.5<sup>8)</sup>のようなコンサルテーションの目安や基準を作成するに至った。これは良好なコンサルテーション関係を構築できた一例ではあるが、大阪G-Pネットが良好な連携構築のために重要視している4つのポイントは、地域や施設ごとの特性によらず汎用性が高いものである。

## 専門的メンタルヘルスケア（メンタルヘルスケアの専門職に向けて）

### 1. 心不全に併存する抑うつや不安への対応

2018年のレビュー論文によると、心不全患者における不安発症率は24.9%、抑うつ発症率は29.3%と報告とされている<sup>9)</sup>が、心不全に合併する抑うつは死亡率上昇へのリスクとなることが報告されている（図1）<sup>10)</sup>ため、心不全治療には心理的問題への対応も含めた集学的治療が推奨されている（図2）<sup>11)</sup>。なお、この集学的治療については、わが国では心臓リハビリテーションにおける包括的疾患管理プログラムが該当するものと思われる。

### 2. 緩和医療におけるメンタルヘルスの段階的ケアモデル

2009年、英国の国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence；NICE）が発表した大人の抑うつに関するガイドライン<sup>12)</sup>のなかで「段階的治療（stepped care）」という考え方を示した。これは、抑うつの重症度に応じてアプローチを階層化した治療構造だが、緩和医療におけるメンタルヘルスケアの階層的なケアモデルが表6<sup>13)</sup>である。これはがん緩和領域で実践されている段階的ケアモデルだが、心不全緩和領域でも十分応用可能なモデルであると筆者は考える。心不全領域では、レベル1と2をプライマリーケアスタッフ、レベル3と4を心不全緩和ケアチームや精神科リエゾンチームがそれぞれ中心的な役割を担うイメージであろう。ここで特に重要な点は、すべての医療者が共有すべきレベル1の「思いやり」である。

思いやり（compassion）をもち、多職種と協働して患者のケアにあたる、というのは、われわれには当たり前のように感じる。しかし、これが緩和ケアの質を決定する主要な要素であり（図3）、ケアに携わる医療者として軽視してはならない姿勢であることが報告されている<sup>14)</sup>。こ

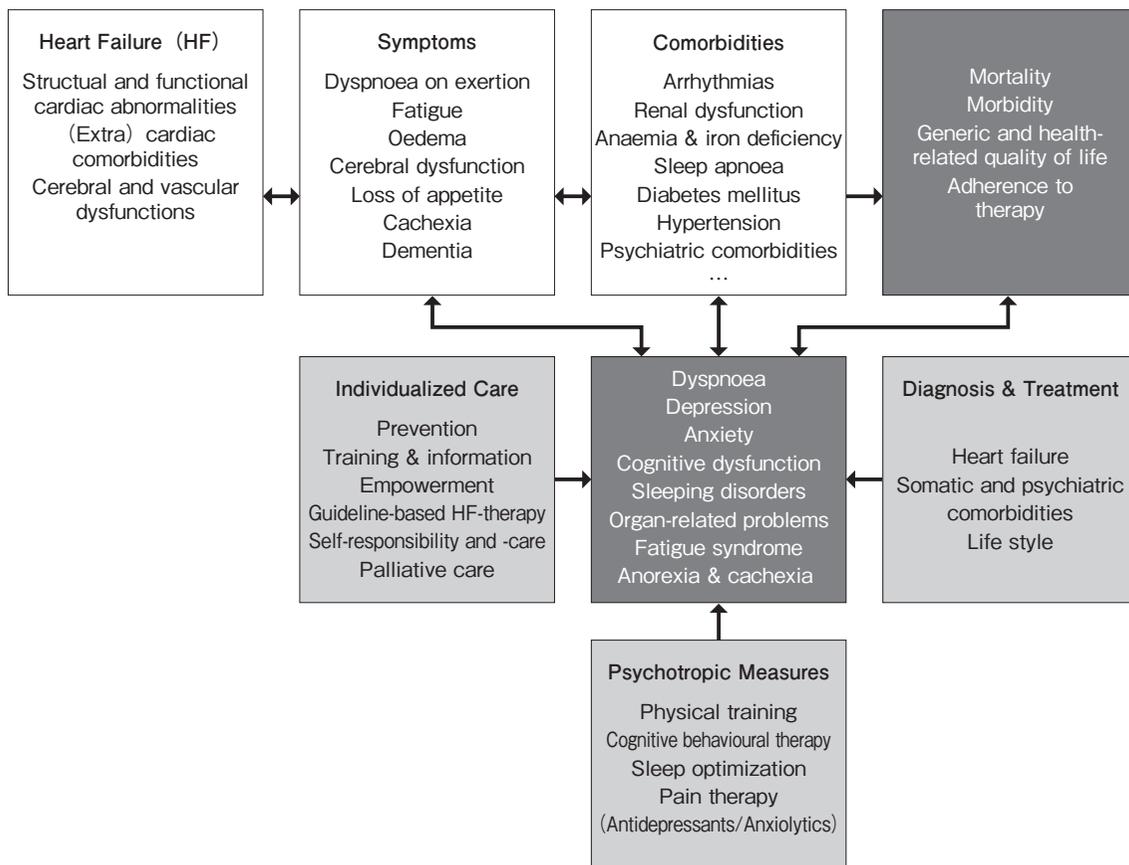


図2 心不全の集学的治療モデル (文献11より引用)

の報告はカナダと米国の研究者より発表されたものだが、これらが当たり前を感じるわれわれ日本の医療者は、自らのケアが欧米に先んじていることを誇りに感じつつ、自己効力感自覚することや自己効力感を高めることも良いアウトカムを導くために必要であると考え。

## スピリチュアルペインへの対応

末期心不全患者のスピリチュアルペインについて、介入が奏功したとの報告は未だ圧倒的に不足している。しかし、心不全患者のボリュームゾーンが高齢男性であること、図1にも示されているとおり孤立や孤独感という社会的な苦痛が身近に存在することから、これらに端を発する存在意義や生きる意味に関する苦痛(スピリチュアルペイン)に対峙することは、心不全臨床では決して珍しくない。今日、スピリチュアルペインに対する

さまざまなケアが実践されているものの、未だ各アプローチの効果や安全性の検証が十分でないことから「どのように対応すればよいのか」という疑問には明確に答えることができない。よって、現時点では患者の家族が「看護師のどのような対応を評価しているか」という例を図4と表7に示す<sup>15)</sup>。この対応例は、臨床の実情にきわめて近く、患者家族からのフィードバックを受けている点では最低限の検証を経ていると考えられるため、これらが今後、ハイレベルな介入研究につながることを期待する。

## 課題と展望

今、緩和ケアにおけるメンタルヘルスケアは大きな転機を迎えている。その最も大きな要因は、心理職の国家資格である「公認心理師(Certified Public Psychologist; CPP)」の誕生と参画である

表6 緩和医療におけるメンタルヘルスの段階的ケアモデル

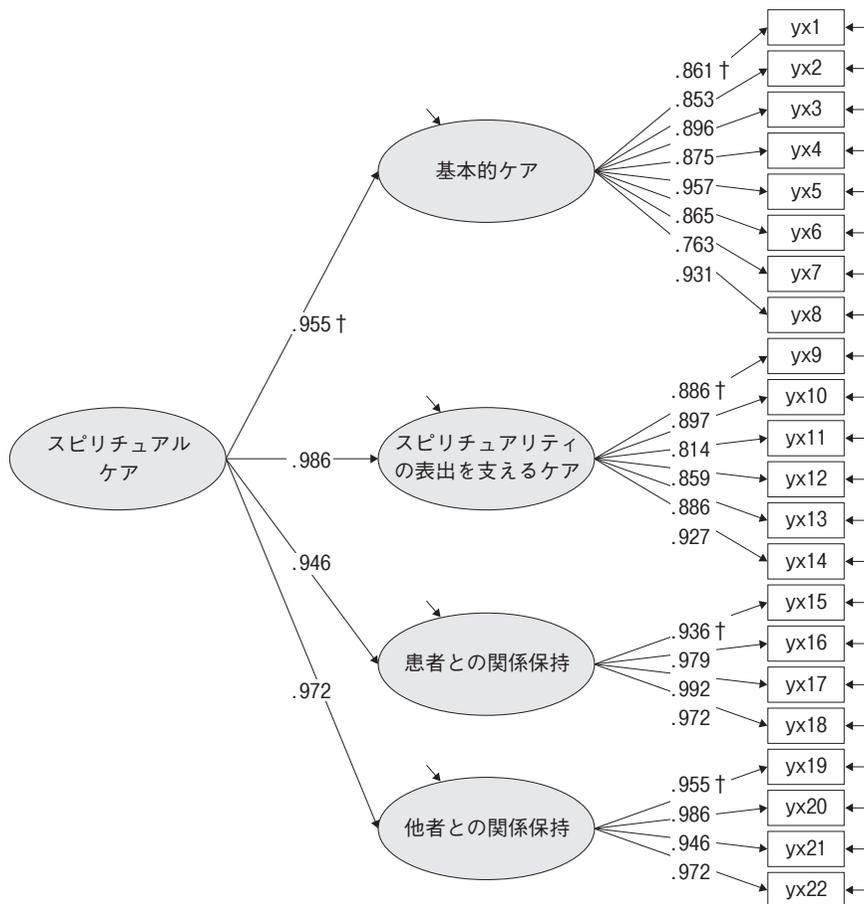
| レベル<br>医療者の分類                        | 評価   | 介入  |
|--------------------------------------|--|---|
| 1<br>すべての医療者                         | 患者や家族の心理的苦痛を評価し、必要に応じて精神医療の専門家に紹介する。また、精神医療の専門家に紹介するための基準をつくり、迅速に紹介できるようにしておく。   | 以下のコミュニケーションを実施する。がんによる影響について正直に、思いやりをもって伝える。また、患者、家族に対して思いやり、尊敬、尊敬の念をもって接し、サポート的な関係を構築、維持する。また、患者、家族が利用できる精神保健福祉サービスに関する情報を提供する。レベル1の介入が適切に行われれば、レベル2以上の介入を必要とするような心理的苦痛を予防することも可能である。 |
| 2<br>心理的知識を有する医療者（がん専門看護師、ソーシャルワーカー） | 診断時、治療中、治療終了時、再発時といった、がんの経過において重要な局面で心理的苦痛のスクリーニングを行う。その際、病気が日常生活、気分、家族関係、仕事に及ぼす影響についても評価する。スクリーニングの際には、判断することなく積極的に傾聴し、心配や感情を引き出す。より深刻な苦痛を有する患者は心理的介入の専門家へ紹介する。 | 患者の置かれたつらい状況に対処するために、問題解決療法などの心理療法を含む。  |
| 3<br>訓練と認定を受けた専門家（心理士）               | 心理的苦痛の重症度（中等度～重症）を鑑別し、重篤な場合には精神科医に紹介する。  | 不安マネジメントや解決志向アプローチのような心理療法を行う。軽症から中等度の不安、抑うつ、怒りといった心理的苦痛を扱う。がんに伴う治療、対人関係、医療者との関係、実存に関する問題に対しても適切に対応する。  |
| 4<br>精神保健専門家（精神科医、心理士）               | 重症の気分障害、パーソナリティ障害、薬物乱用、精神病的障害を含む、複雑な精神的問題を評価する。  | 抑うつ・不安、器質的脳障害、重篤な個人内の問題、アルコール・薬物関連の問題、パーソナリティ障害、精神病的障害を含む中等度から重症の精神疾患に対して心理学的・精神的介入を行う。   |

(文献13より引用)



Excellent care experiences, high-quality care, better health and health-related quality life, lower cost, caregiver wellbeing and resilience

図3 緩和ケアの質を決定づける「思いやりと協働」



$n=71$ , RMSEA=0.035, CFI=0.996,  $\chi^2=222.951$ ,  $df=205$

推定法WLSMV

モデル識別のために制約を加えたパスには† (短剣符) を付した

図4 スピリチュアルケアの確認的因子分析 (文献15より引用)

う。がん緩和ケアチームには以前より心理職の参画が進んでいるが、今後、心不全緩和ケアチームにも同様の動きが生じるかは未知数である。その理由はいくつか考えられるが、その1つが公認心理師の卒後教育にある。図5は精神科医と心理士、それぞれに期待する役割や業務を示したものが<sup>16)</sup>、このように比較すると両者の違いが理解しやすい。特に心理士に期待することの中核は「患者への介入」であることが示されているが、公認心理師が心不全患者へ介入するうえで最大の障壁となるのが、心血管疾患に関する知識の不足である。現在、心理職の養成課程のなかで心血管疾患について学ぶ機会がきわめて少なく、今日第一線で活躍する心理職の多くは、自らの努力と周囲の協力でその知識を深めているのが現状である。そ

のため、心不全緩和ケアへの心理職の参画を進めるためには、まず卒後教育の充実が喫緊の課題となっており、これを整備するのは筆者を含む現任者や大学教員の責務であると考えられる。

未だ、心不全緩和医療におけるメンタルヘルスケアは質、量ともに十分とは言いがたい。質・量ともに向上させるためには、まず公認心理師の卒後教育の機会を増やし、心不全緩和ケアからの期待に応えることができる人材を増やさなければならない。次に、介入実績とエビデンスを蓄積し、医療の質向上と医療経済の両面から存在意義を確立する必要がある。そして長期的には、心理社会的モデルの専門職として、プライマリーケアスタッフや緩和ケアチーム、精神科リエゾンチームと積極的に連携協働しながら職能を十二分に発揮

表7 スピリチュアルケアの回答分布

単位：人（%）

|   | その通りでない   | その通り      |
|---|-----------|-----------|
| <b>基本的ケア</b>  |           |           |
| ** x1. 看護師は、配偶者（患者・利用者）のケアを、いつも丁寧に行ってくれる。                                       | 5 (7.0)   | 66 (93.0) |
| ** x2. 看護師は、配偶者（患者・利用者）なりの、やり方や習慣を尊重してくれる。                                      | 7 (9.9)   | 64 (90.1) |
| ** x3. 看護師は、私の生活に無理のない、配偶者（患者・利用者）とのかかわりを考えてくれる。                                | 8 (11.3)  | 63 (88.7) |
| x4. 看護師は、配偶者（患者・利用者）に対して、私が行えることを教えてくれる。  | 15 (21.1) | 56 (78.9) |
| x5. 看護師は、私に配偶者（患者・利用者）の体調について、わかりやすく説明してくれる。                                    | 16 (22.5) | 55 (77.5) |
| x6. 看護師は、看護や介護・かかわりに対する、私なりのやり方や習慣を尊重してくれる。                                     | 12 (16.9) | 59 (83.1) |
| x7. 看護師は、私の体調を気にしてくれる。  | 16 (22.5) | 55 (77.5) |
| x8. 看護師は、私の事をねぎらってくれる。  | 13 (18.3) | 58 (81.7) |
| <b>スピリチュアリティの表出を支えるケア</b>   |           |           |
| * x9. 看護師は、配偶者（患者・利用者）の寿命をどのようにまっとうするか、あるいはまっとうしたいかについて、私や配偶者（患者・利用者）の話を聴いてくれる。 | 23 (32.4) | 48 (67.6) |
| ** x10. 看護師は、配偶者（患者・利用者）の体調が悪化した時のこと（看取りも含む）も考えてかかわってくれる。                       | 8 (11.3)  | 63 (88.7) |
| x11. 看護師には、配偶者（患者・利用者）の心の声を聴こうとする態度や行動がみられる。                                    | 14 (19.7) | 57 (80.3) |
| x12. 看護師は、配偶者（患者・利用者）の話をしっかりと聴いてくれる（話ができない場合は、気持ちをくみとろうと丁寧にかかわってくれる）。           | 15 (21.1) | 56 (78.9) |
| * x13. 看護師は、配偶者（患者・利用者）が生きがいや生きる意味を見出せるようなかかわりをしてくれる。                           | 24 (33.8) | 47 (66.2) |
| * x14. 看護師は、配偶者（患者・利用者）が楽しみになるようなことを見出し、かなえようとしてくれる。                            | 23 (32.4) | 48 (67.6) |
| <b>患者との関係保持</b>   |           |           |
| x15. 看護師は、私と配偶者（患者・利用者）が穏やかに過ごせる時間をつくってくれる。                                     | 14 (19.7) | 57 (80.3) |
| * x16. 看護師は、配偶者（患者・利用者）の思いを代弁して、私に伝えてくれる。                                       | 23 (32.4) | 48 (67.6) |
| x17. 看護師は、私の希望を前向きに考え、何とかしようとしてくれる。   | 17 (23.9) | 54 (76.1) |
| ** x18. 看護師は、私と配偶者（患者・利用者）との良い関係を保とうとしてくれる。                                     | 11 (15.5) | 60 (84.5) |
| <b>他者との関係保持</b>   |           |           |
| * x19. 看護師は、私の思いを他の家族に伝えてくれる。   | 27 (38.0) | 44 (62.0) |
| x20. 看護師は、私と他の家族との、良い関係を保とうとしてくれる。  | 20 (28.2) | 51 (71.8) |
| x21. 看護師は、私の思いを他の専門家（医師や相談員、ケアマネージャなど）に伝えてくれる。                                  | 21 (29.6) | 50 (70.4) |
| x22. 看護師は、私と他の専門家（医師や相談員、ケアマネージャなど）との間で、考えや思いのずれがあった時、ずれが修正されるようにしてくれる。         | 21 (29.6) | 50 (70.4) |

\*\*：「その通り」との回答が多かった上位5項目、\*：「その通りでない」の回答が多かった上位5項目（文献15より引用）

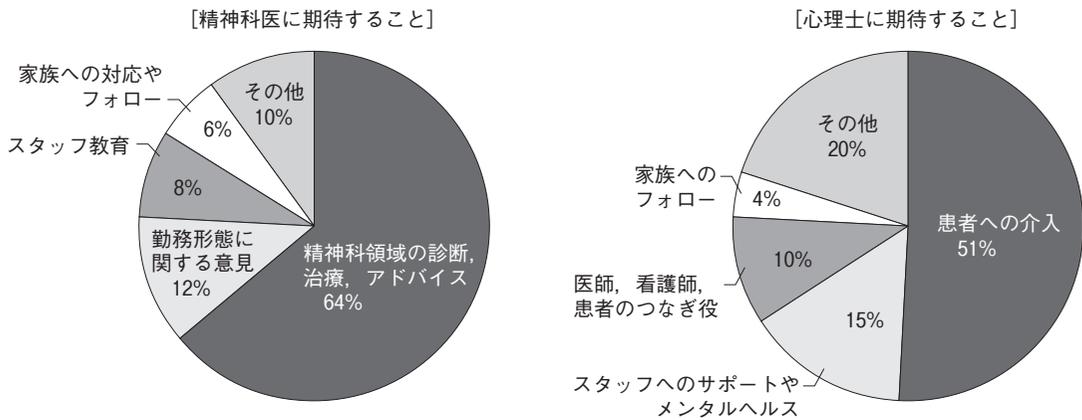


図5 精神科医と心理士にそれぞれ期待すること (文献16より引用)

することが、患者への「compassion」につながるのではないかと考えている。

#### 文献

- 1) 岸 泰宏：身体疾患現場での共同治療・ケース・マネジメント. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 26 (4) : 368-373, 2014
- 2) 日本精神神経学会 監, 高橋三郎, 大野 裕, 染 俊幸 訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. pp.20-23, 医学書院, 2014
- 3) Suzuki T, Shiga T, Omori H, et al : Depression and Outcomes in Japanese Outpatients With Cardiovascular Disease - A Prospective Observational Study. Circ J 80 (14) : 2482-2488, 2016
- 4) 日本循環器学会, 他：日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン—急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版), p.108, 2018
- 5) 日本循環器学会, 他：循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2011年度合同研究班報告)—心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン (2012年改訂版), pp.103-104, 2015
- 6) Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al : Depression and coronary heart disease : recommendations for screening, referral, and treatment : a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research : endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation 118 : 1768-1775, 2008
- 7) 藤原修一郎：総合病院精神科再生の処方は可能か. 精神経誌 110 (11) : 1082-1089, 2009
- 8) 渡辺洋一郎：うつ病診療におけるかかりつけ医と精神科医の連携—うつ病診療におけるかかりつけ医と精神科医の連携 総論 大阪におけるG-P ネット構築の経験を踏まえて Depression Journal 3 (1) : 29-31, 2015
- 9) 石原俊一：心不全患者の心理的問題とその動向. 心臓リハビリテーション 24 (3) 82-85, 2018
- 10) 石原俊一：心疾患患者における抑うつに対する耐理的介入とその効果. 心臓リハビリテーション 21 (1・2・4) : 21-25, 2016
- 11) Angermann CE, Ertl G : Depression, Anxiety, and Cognitive Impairment : Comorbid Mental Health Disorders in Heart Failure. Curr Heart Fail Rep 15 (6) : 398-410, 2018
- 12) National Institute for Health and Care Excellence Web site. [https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-guidance] (2020.1.29 アクセス)
- 13) 筒井順子, 小林清香, 山内典子, 他：コンサルテーション・リエゾン精神医療における心理的介入—段階的ケア・モデル導入の可能性. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 27 (2) : 131-138, 2016
- 14) Pfaff K, Markaki A : Compassionate collaborative care : an integrative review of quality indicators in end-of-life care. BMC Palliat Care 16 : 65, 2017
- 15) 實金栄, 井上かおり, 小藪智子, 他：高齢入院患者の家族が評価するスピリチュアルケア評価の構成概念妥当性の検討 岡山県立大学保健福祉学部紀要 24 (1) : 33-40, 2017
- 16) 國芳浩平, 時川ちづる, 武井優佳, 他：精神科医が常勤でない総合病院でのコンサルテーション・リエゾン活動と心理士の重要性. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 27 (1) : 36-43, 2015