

# St. Luke's International University Repository

## 慢性腎疾患の経過中に精神症状をひき起こした症例をめぐって

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 松下, 和子, 平野, かよ子, 杉本, かめの, 中村, 文, 井上, 真理子, 篠田, 知璋, 大岩, 孝誌, 山科, 章 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10285/115">http://hdl.handle.net/10285/115</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



# 慢性腎疾患の経過中に精神症状をひき起した症例をめぐって

松下 和子    平野かよ子    杉本かめの    中村 文  
井上真理子    篠田 知璋    大岩 孝誌    山科 章

## I. はじめに

聖路加国際病院公衆衛生看護部では、主に腎臓病、高血圧の患者を対象に慢性疾患クリニックを行ない、患者に必要な保健指導及び疾患管理を行ない、特に患者が自主的な管理ができるように側面的支援に心がけている。

慢性疾患患者にさまざまな精神的な悩みがつきまとうのは否めない。われわれ医療者は一人一人の心理面への洞察を適格に行ない、十分な配慮をもって個々の患者にアプローチする必要があり、自己管理への導入のあり方や、検査の意義・検査値の動きをどのように理解させるか、個々のケースごとに判断を要するものである。そのために医療者間の密接なチームワークが必要である。

今回は当クリニックで管理している腎疾患患者で精神症状を引き起こした事例を中心にクリニック運営方法の反省を含めて考察したので紹介する。

## II. クリニック運営方法

聖路加国際病院公衆衛生看護部の慢性疾患クリニックでは、腎臓病、高血圧患者を対象に、主に医師と保健婦がチームで患者管理を行っている。クリニックの運営の仕組みは図-1-1に表わした通りである。(図-1-1)

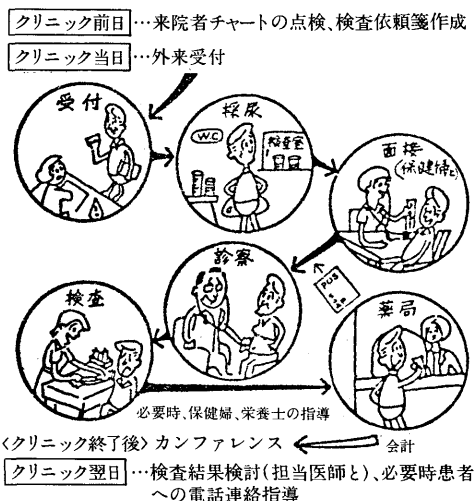
このクリニックでは患者管理をより効果的に行なうため、1977年にプロトコール(チームでのとり決め)を作成し、管理運営手順、管理患者の病態分類基準、生活指導要項などのあらましをとり決めた。現在は担当医1名、保健婦5~6名、事務員1名、ボランティアワーカー(事務)1名により運営されている。

### 〈対象及び方法〉

対象患者は外来通院者及び退院患者の中でこのクリニック管理が必要と認められ、主治医より依頼された者である。

管理は、この主治医の依頼で予約を取る段階から始まる。この時に初回来室時に持参させる「質問表」を手渡し、家庭環境、生活歴

図-1-1 クリニックの運営



家族歴、日常生活の様子、日常の健康習慣、既往歴、今回の病気の理解の程度を捉え、患者の心理社会的な性格行動特性としては「あなたの性格は？」と設問し、自由記載にしてある。

来室時には保健婦との面接が毎回行われる。初回来室者には、この質問表を参照しながら患者の全体像を捉え、療養上の問題把握につとめている。そしてより早く病態の程度を知るために作成されたプロトコールに従い、諸検査、Vital Signsのチェックがなされる。これらの情報を基に医師の診察が行なわれ、診断や病態評価がなされる。またここが保健婦の立てたプランの評価・監査の場となる。医師の診察後に、必要に応じ栄養士の指導や再度保健婦による面接指導があることもある。その日に計画された諸検査を終了した患者は、次回の予約を取って帰る。

クリニック終了後、担当医ならびに心療内科の専門医を交えて保健婦全員と問題のある患者についてカンファレンスを持ち、各々の患者に対応した管理方針を検討している。クリニック来室数日後、検査室からの検査結果を評価し、必要時担当医に報告したり、患者

や家族に電話で連絡している。これは早く患者に病状を知らせ、適切な家庭療養を行ってもらうためである。

このクリニックは週一回開催され、1977年末の管理患者数は303名、1回の取り扱い人数は40~60名、延2382人であった。(表-1)

表-1 — 1977年12月末日現在の管理数

腎臓病患者	181名
高血圧患者	86名
妊娠中毒症患者	36名
合計	303名

### III. 症例紹介

次に問題提起のきっかけとなった急性腎不全の患と慢性腎不全患者の呈した精神症状の2症例を紹介する。

症例 1 I. J. 32歳 男性

病名： 肝腎症候群

既往歴： 特記すべき事なし

職業 飲食店(寿司屋)経営

家族構成 妻及び子供2人(2歳, 4歳)

家族関係 情報把握せず

性格特性 律気 生面目な働き者(本人による質問紙への記載なし)

病状経過 入院の4-5日前より全身倦怠感及び39℃の発熱が続いたが、風邪と思いきり無理して働いていた。そのうち嘔気嘔吐、黄疸、乏尿、意識障害が出現。近医を受診し肝腎障害を指摘され、急性肝炎の診断にて当院へ入院。入院直後急性の腎不全状態となり、急性透折を3回行なう。透折後経過も良く、2ヶ月間の食事療法、安静により、肝及び腎機能ともほぼ正常範囲となり退院、退院後の管理が当クリニックに依頼された。

入院中に医師からどのような病状、予後の説明がなされたのか明らかな記録は残されていない。後日患者が語った入院中の心理状態を以下に要約した。

入院当初は急激な全身状態の悪化と相次ぐ検査、処置のあわただしさで、もう自分はダメかと思った。その恐怖感がぬげきれずにいたが、また一方気を取り直して肝炎の本を夢中で読んで、食事についても真剣だった。だけど病氣と生活(仕事-使用人に止められる)に対する不安が続いた。退院後は指示された食事と生活を守れば必ず治ると信じていた。

管理経過：退院後2週間して当クリニックへ来室した。前述したプロトコルに従い初回の面接が質問表、退院サマリーを参照しながら行なわれた。性格特性については質問表に本人の記載もなかったし、サマリーにも何ら触れられていなかった。またその点に関して保健婦の方から質問することなく比較的問題がない患者との印象を持ち、クレアチニン等の検査が行なわれ、患者は帰宅した。2回目の来室の際に、前回とは別の保健婦が面接し、クレアチニンの値が退院時より初回来室時には $1.1^{mg/dl}$ より $1.3^{mg/dl}$ に上昇し、少々正常範囲を上まわったあたりであることを説明した。患者は指導された生活を忠実に守り、自分のベストを尽しているにもかかわらず悪化したのだとおもい、また予後に対する不安、恐怖感を強く持ち、その結果以下のような心境になったとのことである。

その日帰ってから一言も口もきかずに早々に横になり、ただ安静を保とうとした。眠ろうとすればする程心臓の鼓動が耳もとに響き眠れなかった。それが又一層悪化させると思うと、だんだん胃の絞めつけられるような感じ、さらには肝臓のあるあたりのわき腹も痛んできて、居ても立ってもいられなくなった。増々この状態がひどくなるので、もう家に居られず、我慢できなく、2日後にただ病院へ来てしまった。

(—2日後病棟医聴取—)

2日後は当クリニックは開催されていないため、患者は入院していた病棟へ担当医を訪ねたようである。その時始めは不眠と不安のために混乱し、病棟医が話しかけ座するように勧めても茫然と立ちつくしていた。

入院中の病棟医がロビーで患者を受け入れ訴えをよく聞き、病状はけって悪くはなっていないことを説明し、繰返し励ました。安定剤のHorizon 2 mgの処方も合わせて行なわれた。

しかしその後も2-3日家にいると家庭での療養が不安になり、病棟を訪ずれ、病棟医との面接が続いた。ある時は信号を無視して対交点に突っこんだり、ビルの屋上をふらつき飛び降ようとしたりで、自殺企図のあったことなどを病棟医に話し、カタルシスを行っていた。

こうした病棟医による簡易精神療法がクリニック担当医と連絡を取りながら進められ、約1ヶ月のうちに患者は次第に落ち着きを取り戻し、クリニック担当医との信頼関係も育ち、医師の勧めで気分転換に家族と旅行を行ったりした。旅行しても検査値の悪化のないことを体験することで、次第に行動範囲も拡大し、寿司屋を再開し社会復帰していった。仕事を始めることでそれまで続いていた頭痛や疲労感の訴えも少なくな

り、表情もすっかり明るくなり、現在は2ヶ月に1回の管理を継続している。

症例 2 T, I, 33歳 男性

病名：慢性糸球体腎炎 慢性腎不全

既血症：特記すべき事なし

職業：3年前に銀行員を止め製菓業（自営）

家族構成：妻と子供2人（3ヶ月，3歳）両親

家族関係：家族内でのコミュニケーションも良く、いわゆる円満

性格特性：小心 真面目な働き者（本人の質問紙への記載は“神経質”）

病状経過：3年前に蛋白尿を指摘されていたが、問題とすべき事は言われず放置。入院数日前より乏尿・浮腫、倦怠感が出現し、当院受診し入院となった。安静食事療法の結果、クレアチニン $8.6\text{mg/dl}$ に落ち着き退院となる。退院後は自宅にて全く仕事はせずに安静を守り、指導された食事療法を患者が妻に説明し、調理されていた。妻は子供が幼いために来院困難で、直接食事指導は受けられなかった。退院後数日して不安、焦燥感、不眠となり、さらに動悸、心臓部の痛み、そ脛部のしめつけられるような痛みが現われた。

この症例はその後、透析の内シャント造設術を受けるために再入院した。その時に患者と面接し、諸々の精神症状出現の経過を語ってもらった。

自分は今まで全く病気をしたことがなく、腎臓病という病名すら知らなかった。むくみが出たのは過労の為程度にしか考えず受診した。病気というものは治療すれば治るものと思っていたので、この病気の説明を受けた時のショックは大きかった。入院中から家庭医学書や腎臓病の本を買ってあせり読んだ。栄養士の指導を受けたし、食事療法の本も買った。しかし新聞やテレビに腎臓病についての話があると、予後や仕事のことなど、将来の見通しもなく、病気の自分がいやになるばかりだった。安静が必要と解ってはいたが、たいした症状もないので、寝ていることが苦痛でならなかった。寝ていると次第に動悸がし、胸が絞めつけられるようで、恐ろしく、汗ばむのが解った。ただ横になったり起きてはテレビを見たりの生活は、病気のことばかりが頭に浮かぶ。胸のあたりもおかしくなるし、そのうち、両方のそ脛部が絞めつけられるようで、眠れなくなった。少し小水の出が悪いと、また悪いのかと不安になり、死が近いとまで考えた。夫婦生活は月に1回位であったが、これで又腎臓を悪くしゃしないかと後悔したり、誰れにも相談できずにいた。

受診し、面接の椅子に座わると次第に緊張し、小心になり、心臓がドキドキし出していた。そして無気力

になっていくのが自分でも解った。弟の結婚式があり、医師の許可もあったので出席したが、途中で気分が悪くなり、ああやっぱり自分は悪いのだと思った。比較的朝方は調子は良いが、夕方になると倦くなる。経済的な心配は特になかった。

管理経過：患者は初回来室時より来室のたびに、薬で腎臓病は治せないのかと質問を繰り返していた。動悸・不眠の訴えと、高カロリーの治療食による胃部不状の訴えが続いた。そこでカンファレンスにこの患者を取り上げ、医師、保健婦、栄養士、それに家族（妻）のティームプレーでアプローチすることにした。まず心療内科の医師と患者の面接が計画され、ただちに実行された。医師はまず患者の現在の症状、気持ちを十分に聞きまた療養方法を患者が理解していることを確かめ、この病気の治療の主役は医師ではなく、患者自身であることを繰り返し、努力を大いに認め励ました。さらにクロールプロマジン $12.5\text{mg}$ の投与がなされるとともに、安静度を緩和させ、10分程度の車の運転と座業での仕事を試みるように話した。保健婦も特定の者が担当し、電話による家族、本人への指導も担当した。また妻に対しては、都合のつく日時に来室の予約を取り、面接し、食事の内容を記載したものを持参して栄養士の評価、指導が受けられるように配慮した。両親の協力もあり、こうしたアプローチの結果、漸次精神症状は消失していた。

その後は、このアプローチの体験を生かし、透析病院の選者の自主性を尊重し、管理を続けている。

#### IV. 考 察

慢性疾患患者の心理的な問題を取り扱った研究には菅等<sup>1)</sup>のものや、b,SchoeubergとR,A,Senescu<sup>2)</sup>やE,K,Ross<sup>3)</sup>の主に入院中の癌患者の心理の研究、それにF,Reichswan,F,P,Mackegney<sup>4)</sup>及びM,C,S,Santopieto<sup>5)</sup>の人工透析患者の研究がある。腎炎の患者であっても長期にわたる厳しい生活抑制は、ストレスを山積させ、同様に多くの心理的な問題を抱えているが、こうした腎炎（透析前腎不全）患者の心理的な問題の研究は従来なされていない。

この2症例の場合、癌患者にみられるような“別離”という問題には直接的には関連していないと思う。また透析患者にみられる透析器による身体束縛感はないだろう。しかし両者と同様にこの疾患も不治の疾患であり、正常な腎機能等を永遠に失ったという喪失、悲嘆の心理過程が基調<sup>6)</sup>となっていると捉えられよう。

症例1は急性腎不全の回復期ではあったがその後の療養如何で慢性化を引き起こすことを知って、症例2は腎炎が既に慢性化している予後の悪いものであるこ

とを知らされ、クライシス状況に陥った。2症例の病態の程度は大きく異なるが、共に安静及び治療食の指導を厳重に守り、患者としての役割を完璧に近く実行していた。仕事や一家の支柱としての役割を十分に果たせず、他人に依存せざるを得ない、いわば受動的な役割へ変化した事は、大きく彼らの Identity を揺がす出来事となったのであろう。そしてこれらのフラストレーションが現実認識を誤らせ、さらには慢性化即目前に迫ったおれの死と感じ、更に恐怖を感強め、自らに課せられた家庭療養に関しても素直に受け入れられず、また不安焦燥がつる状態を招く様になったのであろう。症例1の再三病棟に訪ずれたことはこれに該当しよう。また症例2は入室時に強い不安を持って訪ずれることとなり、この様な状態で医療者と対面した時、医療者の示した言動に、きわめて過敏となっていたのであろう。

従って彼らの呈した精神症状は、こうした心理状態にあることを医療者が十分に了解せずにアプローチしたことも起因していたのではないだろうか、深く反省している。とかく疾患管理のために情報を収集し、自己管理の軌道に乗せようと疾患に関する知識や検査の意味の説明に終始しがらである。これらの知識の指導を同時に、あらかじめ患者の不安、悲嘆に共感する必要がある、予診の過程で危機介入等のアプローチの必要性をより早くアセスメントする必要があった訳である。

情報把握の面からも彼らの病前性格の把握に欠けていたことも問題であった。2症例ともに真面目であり、努力家、責任感の強いパーソナリティーであり、反面小心、神経質とも言える訳で、このような性格傾向の人々は、課せられた指示を寸分もたがわずに厳守しようとする傾向をしばしば伴うことが多い。いわゆる“人を見て法を説け”のこことわざを痛感する。

また精神症状を引き起こすに値する生活状況要因の把握も十分であった。厳しい安静また安静の引き起こす仕事からの退去、役割喪失などがそれであろう。安静度の緩和、行動範囲の<sup>7)</sup>拡大、仕事への部分的参加が症状軽減に効果的だった。しかも腎機能の低下もみられていない。

このようなパーソナリティー及び生活状況要因の把握のためには、家族との面談も必要である。また入院中に把握されていたものであるならば、その後も継続して取り扱われるように、明示され伝達されるべき事柄であろう。こうすることが精神症状の発現の予防ともなると考える。

危機状況の援助として、症例1では入院中に担当した病棟医が症例を受容・支援するなどの、いわゆる簡易精神療法を行なっている。症例2の場合は心療内科

がそれに当たっている。このような精神療法が専門家によってなされることも望まれる。

また上記のような精神療法（あるいは危機介入）を基本に行ないながら、症状によってはできるだけ少量の Major または Miner Trauquizer の使用（腎疾患の場合は主に肝臓で処理される Major Trauquizer の使用がより安全）も必要である。

慢性疾患で家庭療養する患者の家族もまたこうした受容的面談を必要としていることを理解させられた。全人的な患者の把握を行い、家族ぐるみのケアを行うためには患者及び家族を中心に据え、医師（クリニック担当医、病棟医）、精神療法専門家、看護婦、保健婦、栄養士などがチームを編成し、十分な連携を持ち対策を検討していくことの重要性を改めて認識した次第である。

## V. おわりに

急性腎不全及び慢性腎不全患者の管理中にみられた精神病状及びアプローチの2例を紹介した。これらの精神病状は患者の病前性格や敏度の生活抑制の情報に欠き、さらに医療者の側に適当な支援関係を策く配慮に欠けたことなどが起因となった危機状況の現われであったろう。これらの問題の所在を把握せず管理していたことを、これらの症例がわれわれに提示してくれた。この体験を生かし、全人的な患者及び家族へのケアのために、総合的なチーム医療体制の充実に努めていきたい。

これらの症例管理に参加した他の公衆衛生看護部スタッフの方々ノ協力を感謝し筆と置く。

## 参考文献

- 1) 菅・日野・名屋編：慢性病患者の心理、慢性病の管理 医学書院 1967
- 2) Shoenberg B. Sensescu R.A.; chapter 15, The Patient's Reaction to Fatal Illness, Schoenberg B., Carr A.C., Peretz D., Kutschen H.; Loss and Grief, Psychological Monagement in Medical Press 1970
- 4) Reichsman F., Mackegney F.P.; chapter 21 Psychosocial Aspect of Maintenance Hemodialysis, Friedman E.A., Strategy in Renal Failure, Wiley Med. Pub. 1978
- 5) Santopietro M.C.S.; Meeting in Emotional Needs Hemodialysis Pafient and Their Spouses, A.J.N. 75,4, 1975
- 6) Engel G.L.; Grief and Grieving, A.J.N. 64,9, 1964
- 7) 樋口順三；長期人工透析における患者と家族への教育, 病院, 32, 3, 1973

- 
- 8) 松下和子他, 腎疾患患者プロトコル作成の試み, 保健婦雑誌, 33, 8, 1977
  - 9) Abram H.S.; The Psychiatrist, The Treatment of chronic Renal Failure and the Prolongation of Life (I), A.J. Psychiat., 124,10,1968
  - 10) Abram H.S.; The Psychiatrist, The Treatment of chronic Renal Failure and the Prolongation of Life(II), A.J. Psychat., 126,2,1969
  - 11) Aguilera D.C., Messick S.M. (小松康助, 荒川義子訳); 危機療法の理論と実際, 川島書店 1978
  - 12) David D.S.; The Agony and the Ecstasy of the Nephrologist, JAMA, 222,5, 1972
  - 13) Lindeman E.; Symptomatology and management of Acute Grief, A.J. Psychiat., 101,141, 1944
  - 14) Moore G.L.; Psychiatric Aspects of chronic Renal Disease, Postgraduate Medicine, 60,5, 1976.

(昭和54年4月30日受付)

## Case Reports on Psychosomatic Symptoms Exhibited during a Chronic Kidney Disease

Kazuko Matsushita et al.

We present in this article two cases of patients who had kidney diseases with psychosomatic complications. The two patients were followed under the Chronic Disease Clinic of the Public Health Nursing Department of St. Luke's International Hospital. In the conclusion to the paper, we discuss the method used in the clinic's management.

Case 1.: the patient was brought to the hospital in a semicomatose condition with hepato-renal syndroms. After admission he received an acute hemodialysis.

Case 2.: the patient was diagnosed as having chronic renal failure, when he first came to see the doctor.

The profiles of both cases are similar; they were both 30 year old males who had been in good health previously. Both had serious characters.

When the two patients were referred to our clinic after discharged from the hospital, we did not attempt to determine their psychosocial status. We intended to evaluate their physical conditions and to encourage self-preservation in the patients.

In the course of process, they developed psychosomatic symptoms; insomnia, palpitations and others.

Thanks to brief psychotherapy (undertaken in case 1 by a ward resident doctor, in case 2 by a medical doctor as lesion psychiatry) these symptoms disappeared.

It is possible that the patients were told that their diseases could not be cured completely.

Since then they must have gradually increased their anxiety and fear, although they seemed to respond to the required care (medication diet and rest schedule) positively.

Throughout these experiences, we recognized the importance of assessing the patients' conditions from a holistic of view and tried to involve family members in the patients' team medical care. Furthermore, the importance of team medical care which involves several doctors (both ward doctors and doctors at the clinic), a lesion psychiatrist, ward nurses, public health nurses, dieticians and clerks, can not be overemphasized.