

透析患者とセルフケア

——精神医学の立場から——

春木 繁一*

Self Care of the Patient under Dialysis Therapy

Shigekazu Haruki, M. D.; Tokyo Womens' Medical College

I 透析療法についての概観的なこと

日本透析療法学会の報告¹⁾によると、わが国の1987年12月末現在の慢性透析患者数は80,553名に達している。ここ2～3年のうちに患者数は10万人に達するであろうと予測されている。表1に「わが国の慢性透析療法の現状」¹⁾を示す。

最近の透析患者についての傾向として以下のようなことが指摘されている。
すなわち、

- 1) 毎年約7000人余の人が新しく透析に導入されている。つまり透析人口の増大傾向。
- 2) 導入される患者の年齢層の上、下への拡大。ことに老年患者が増えつつあること。ちなみに、表2は「透析患者の年齢推移」を示す。老年患者のみならず、小児患者も都市を中心に増えている。
- 3) 原因疾患のうち、糸球体腎炎が最も多く54.2%であるが、次には糖尿病

* 東京女子医科大学腎臓病総合医療センター・講師

表1 わが国の慢性透析療法の現況（1987年12月31日現在）

施設数	1,845施設(100施設増 5.7%)
設備	ペーシェント ステーション
	33,527台(2,681台増8.7%)
能力	同時透析
	33,352人(2,638人増) (8.6%)
	最大収容能力
	102,326人(8,323人増) (8.9%)
	空収容能力
	21,773人(1.5年分)
慢性透析患者	80,553人(7,016人増)
昼間	56,554人(70.2%)
夜間	21,324人(26.5%)
家庭血液	151人(0.2%)
CAPD	2,458人(3.1%)
IPD	66人(0.1%)
導入患者数	14,699人(524人増) (3.7%)
死亡患者数	6,581人(285人増) (4.5%)
10年以上15年未満	
透析患者数	男6,639 女4,123 計10,762人
15年以上20年未満	
透析患者数	男 932 女 392 計 1,324人
20年以上透析患者数	男 6 女 2 計 8人
人口100万対比	658.8(54.4増)
最長透析歴	21年4ヵ月
急性腎不全患者	5,546人(459人増) (9.0%)

性腎症が22.1%であり、年々この糖尿病性腎症の比率が相対的に大きくなっている傾向が続いている。すなわち糖尿病性腎不全患者が次第に増加しているという事実がある。表3に1987年度に導入された患者の原疾患を列挙してみた。かつては腎不全は糸球体腎炎によるものが大部分であったことと比較すると、大きい最近の変化である。

- 4) 社会復帰についてみると、透析患者で週5～6回以上働く人が34.7%、週4回以上働く人を含めると45.3%である（表4参照）。本来は社会復帰

表2 透析患者の年齢推移

年	導入患者年齢平均(歳)	年度末全患者年齢平均(歳)
1980	48.30±16.6	45.2 ±14.1
1981	50.05±15.86	46.23±13.92
1982	50.83±16.16	47.08±14.10
1983	51.92±15.54	48.25±13.85
1984	53.18±15.31	49.22±13.78
1985	54.41±15.37	50.27±13.67
1986	55.09±15.23	51.11±13.62
1987	55.73±14.93	52.08±13.65

(人工透析研究会日本透析療法学会誌より編集)

表3 1987年導入患者原疾患

	数	%
慢性糸球体腎炎	8,017	54.2
慢性腎盂腎炎	267	1.8
急速進行性腎炎	115	0.8
妊娠中毒症	91	0.6
分類不明の腎炎	203	1.4
嚢胞腎	466	3.2
腎硬化症	580	3.9
悪性高血圧症	205	1.4
糖尿病性腎症	3,266	22.1
SLE	128	0.9
アミロイド腎	88	0.6
痛風腎	94	0.6
代謝異常腎不全	136	0.9
結核	74	0.5
結石症	51	0.3
腎, 尿路悪性腫瘍	79	0.5
閉塞性尿路疾患	106	0.7
骨髄腫	74	0.5
腎形成不全	40	0.3
不明	609	4.1
記載なし	95	0.6
合 計	14,784	100.0

表4 慢性透析患者社会復帰率

透析方法	患者数	週5~6日	週4日	週3日	週2日	合計	無職
昼間透析	56,554	10,786 (19.1%)	7,403 (13.1%)	7,305 (12.9%)	1,864 (3.3%)	27,358 (48.4%)	4,195 (7.4%)
準夜~ 夜間透析	21,324	15,767 (73.9%)	994 (4.7%)	871 (4.1%)	198 (0.9%)	17,830 (83.6%)	884 (4.1%)
家庭血液 透析	151	110 (72.8%)	8 (5.3%)	6 (4.0%)	0 (0.0%)	124 (82.1%)	4 (2.6%)
CAPD	2,458	1,302 (53.0%)	95 (3.9%)	60 (2.4%)	46 (1.9%)	1,503 (61.1%)	119 (4.8%)
IPD	66	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.0%)
合計	80,553	27,965 (34.7%)	8,500 (10.6%)	8,242 (10.2%)	2,108 (2.6%)	46,815 (58.1%)	5,204 (6.5%)

を目的としているはずの CAPD の患者に社会復帰率が意外に小さいのは、合併症などのために血液透析ができない患者が入っているためであろう。

社会復帰の問題については、患者側の問題のみではなくて、いわゆる Social Acceptance の問題もあることは十分推測される。

- 5) 重篤な合併症やいわゆる重複障害が増えている傾向がある。先に述べたように、糖尿病性腎症の増加により、糖尿病合併症の問題がいやでも生じている。すなわち、まず糖尿病性腎症はもともと重篤な合併症（循環器障害など）が多いためにその生存率が低い。表5に1983年以降に導入された

表5 原疾患による生存率の差（慢性糸球体腎炎と糖尿病性腎症）

年 度	1年生存率		2年生存率		3年生存率		4年生存率	
	A	B	A	B	A	B	A	B
1983年導入	0.900	0.155	0.847	0.635	0.789	0.525	0.746	0.460
1984年導入	0.895	0.755	0.836	0.638	0.788	0.532	—	—
1985年導入	0.883	0.755	0.829	0.635	—	—	—	—
1986年導入	0.880	0.759	—	—	—	—	—	—

A：慢性糸球体腎炎 B：糖尿病性腎症

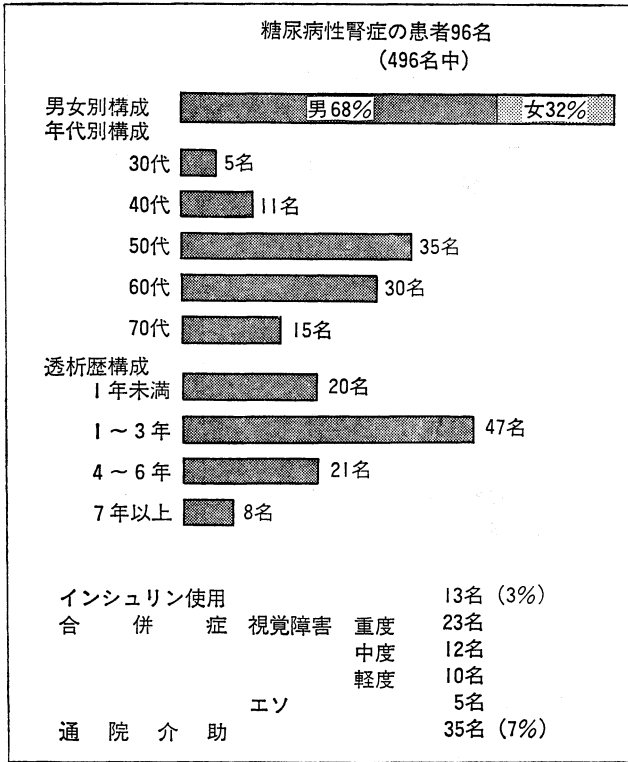


図1 糖尿病性腎症患者の内容

糖尿病性腎症患者の生存率を慢性糸球体腎炎のそれと対比してみた²⁾。生存率の差は一目瞭然である。また、糖尿病性腎症透析患者の大きな問題は視力障害である。視力障害も重度（すなわち全盲）がむしろ多い。患者にとっては、透析そのものよりも視力障害に苦しむところとなる。参考までに、筆者が関係しているある透析施設の糖尿病性腎症患者96名の内容を示してみる（図1）。この施設では496名 of 全透析患者のうち96名（19.3%）が糖尿病性腎症である。

さらに、「神奈川県内部障害者福祉問題研究会」³⁾の報告によると、1985年4月30日現在で、神奈川県下の全透析施設（89か所）において透析を行っている患者のうち、腎障害以外に重複する障害として、視覚障害が29.3

表6 腎以外の障害の種類

腎以外の障害の種類	回答数	人数(%)
視覚	153	29.3
聴覚	46	8.8
平衡機能	7	1.3
音声言語	12	2.3
上肢	57	10.9
下肢	121	23.1
体幹	14	2.7
心臓	46	8.8
呼吸器	7	1.3
精神	17	3.3
難病	9	1.7
その他	33	6.3
6重障害以上	1	0.2
無回答	0	0.0
合計	523	

表7 1987年死亡原因分類

死亡原因	数	%	死亡原因	数	%
心不全	1,995	32.7	脳症	45	0.7
脳血管障害	865	14.2	自殺/拒否	76	1.2
感染症	733	12.0	腸閉塞	32	0.5
出血	318	5.2	肺血栓/栓塞	45	0.7
悪性腫瘍	353	5.8	災害死	19	0.3
悪液質/尿毒症	337	5.5	その他	317	5.2
心筋梗塞	363	6.0	不明	144	2.4
カリウム中毒/頓死	258	4.2	記載なし	80	1.3
慢性肝炎/肝硬変症	118	1.9			
合計			6,098	100.0	

%, 下肢障害23.1%, 上肢障害10.9%などとなっている(表6参照)。

6) 死亡原因についてみると、第1位では心不全、次いで脳血管障害、感染症の順になっているが、これは過去の傾向と変わらない。表7に1987年の死亡原因分類を示す。

以上、こうした最近の透析者全般の特徴を把握したうえで、本題に入りたい。

Ⅱ 精神科コンサルテーションの立場からみた 透析患者の精神医学的問題

セルフケアがうまくいく条件の1つに、患者の精神面での安定（落ち着き、ゆとりといってもよいか）という問題がある。しかし、透析という特殊状況下では、患者の心理や精神にいろいろと問題が生まれてくるのも致し方のない事実である⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

筆者は、透析患者について精神科コンサルテーションを過去16年行ってきたが、以下セルフケアに関連すると思われる透析患者の精神医学的問題について述べてみる。

透析患者について精神科コンサルテーションが透析担当医あるいは透析看護婦などから依頼されてくる場合、大部分の患者では結局はセルフケアがうまくいっていないことが多い。セルフケアに関連して透析現場で起きている問題としては、次のようなことが具体的にあげられている。

すなわち、

- 1) 透析そのものをいやがる（いわゆる「透析拒否の心理」⁶⁾⁷⁾。透析の途中で針を抜いてしまう。決められた透析日に来院しない。（そのくせ、夜間とか休日に水分貯留とか高カリウム血症のため緊急透析を求めに来院する）。
- 2) 水分の管理が悪い。体重増加（水分貯留）が著しい。（通常透析から透析までの間の体重増加は1.5～2.0kgであるのが、4kg、5kgさらにはなはだしいケースでは7～8kgとなる）。
- 3) 透析のスタッフに対して攻撃的、拒否的であるか、もしくは過度に依存的である。
- 4) 身体面での検索では、大きな異常が認められないのに身体面での愁訴が多い。
- 5) 不眠、イライラ、憂うつ、不安などがある。しかも、これらが強く、持

続している。

- 6) (生徒, 学生ならば) 登校しない, (サラリーマンならば) 出勤しない, (主婦ならば) 家事労働ができない (もしくは, しない)。
- 7) さまざまな行動化 (家出, 自殺企図, 衝動的な行為, 暴力, 薬物乱用など) がみられる。

これらの問題が単独に, あるいはいくつか重複して同一患者に現れ, 結局はその患者の透析医療そのものがうまくいかなくなって, 身体面での管理が破綻をきたすようになり, 透析スタッフが困り果てて精神科コンサルテーションを依頼してくることになる。(一般的に, 日本においては, ことに精神科医への受診, 相談は医師にも患者にも抵抗があることなので, たとい透析医療においても欧米のようにスムーズに, 気軽に精神科コンサルテーションが行われているわけではない。その1つの証左として, 欧米では Psychonephrology あるいは Nephropsychology という分野があり, その International Conference (国際会議)も開かれているが, 日本においてはそれに匹敵する言葉もないし研究会もない。)したがって, こうした患者 (精神科コンサルテーションを依頼されてくる患者) が精神科へ依頼されるということはよくよくのこととってよい。その意味で, こうした患者はしばしばいわゆる「問題患者」としてのレッテルをはられ (厄介者扱いをされ) ていることが多い。(断わっておくが, 筆者もそうした観点でこうした患者をみているのではない。一般に, 精神科の患者や心身症者は, 現代の医学や医療にあって, 「必ずしも正当に遇されていない」⁸⁾ し, しばしば「本当の病気ではない」⁹⁾ として蔑視されているといってもよい。)

注) 成田⁸⁾は, 「医学の進歩が心身症をつくり出しさえする」と述べているが, 透析患者の精神医学的問題も, 基本的には成田の指摘する側面を有するのは事実である。といって, 筆者は透析医療の進歩や発展, そしてその恩恵を決して否定するものではない。人工臓器や臓器移植の発展は, いくら高く評価してもし切れないが, しかしテクノロジーの発展の裏には「心の問題」が必然的に生まれてくる。(このことが筆者の関心事でもあるのだが。)

さて, 透析患者の精神医学的問題を考える場合, 必ず次の3つの面について

いつも考慮する必要がある。

すなわち、

- 1) physical (身体的) ——尿毒症であるということがまず大きい factor になる。身体面の病態のあり方がストレートに精神面に影響する (症候性精神障害)。
- 2) psychological or psychiatric ——心理的, 精神的問題であり, これが通常「心の問題」といわれている領域である。

表8 精神科コンサルテーションを依頼された透析患者の示した精神症状, 心理的問題など
(53例中: 1症例にいくつもの症状が重複する場合もある) (1984~1987, 春木)

1	抑うつ, うつ状態, 軽うつ状態	15	4	OBS (脳器質症候群)	7
	不眠	6		痴呆	4
	いらいら, 焦燥, 攻撃的	4		てんかん	4
	low self-esteem, poor body image	2		restless legs syndrome	3
	identity, 生きがいの問題	2		せん妄	2
		(24%)		underdialysis	2
2	不安 (死の不安を含む)	5		慢性アルコール中毒	1
	否認 (透析拒否を含む)	4		schizophrenia	1
	心氣的, ヒステリー症状	4			(20%)
	依存的, 退行	2		blindness	6
	反動形成	1		糖尿病性腎不全	5
		(13%)		他の合併症	3
3	家庭内葛藤	5	5	骨折	2
	単身 (透析開始後の離婚を含む)	4		難聴	1
	家族の支持機能の低さ	2		癌の合併	1
	親の側の精神医学的問題	2			(14%)
	親子関係の問題	2	6	病前性格, 性格形成上の問題	11
		(11%)			(9%)
			7	腎移植前のコンサルテーション	5
				老年期導入による生きがいの問題	3
				嫉妬妄想	1
				インポテンツ	1
				ナースに対する恋愛感情および行動	1
					(9%)

3) psychosocial——心理社会的，すなわち患者が置かれている状況と密接に関連がある。患者の生活と切っても切り離せない問題である。

これら3つの側面が，1人の患者の精神症状や心理的問題の発現にそれぞれ濃淡の差はあれ関与しているといってよい。もちろん，患者の示す問題により，それらがどれが main でどれが sub かという違いはある。

先に述べた臨床上の具体的な問題1)～7)の裏に潜む精神医学的内容は，たとえば筆者が1984年～87年の間に精神科コンサルテーションを依頼された53例についてみると，表8のようになる。

まず一番目のグループに「抑うつ」があげられる。これらは，抑うつがわりとはっきり表面に出ているケースと，むしろ焦燥感，自他に対する攻撃的な感情，さらには自己評価の低いことや身体像の悪化，あるいは Identity や生きがいといった実存的な問題に苦しんでいるケースがある。抑うつからくる不眠に悩まされているケースもある。これら「抑うつ」が全体の24%になる。

次には「不安」のグループがどうしてもあげられる。これらには，生死についての不安から現実的なレベルの(すなわち実生活上の)不安に至るまで各種の不安をそのままに表出している人々と，それらの不安を否認，身体化ないしヒステリー化，あるいは依存，退行，反動形成といった心理機制 (defense mechanism) を用いて何とか防衛している人々がある。この「不安」グループは全体の13%にあたる。

次いで，心理レベルでの問題として大きい比率を占めていたのは「家庭・家族の問題」である。各種の家庭内葛藤，離婚を含む単身であることによる問題，家族が患者を支える力の足りないこと，あるいは患者自身よりも患者の親自身がすでに未解決の精神医学的問題をもっていること，さらには患者とその親との間に，長い歴史のある未解決の葛藤などがある。これら「家庭・家族の問題」グループが11%を占める。

次に特筆すべきことと考えられるのが，予想外に多かったのが，脳(中枢神経系)の各種の器質性疾患ないしそれに近縁のグループである。OBS とは Organic Brain Syndrome (器質性脳症状) の略であるが，主として硬膜下血腫，

脳動脈硬化症などである。痴呆は脳動脈硬化型が大部分を占める。いずれも先に述べたこと近年の透析患者の老齢化，高齢化と関係があり，これらは今後いっそう問題になっていくであろうと考えられる。restless legs syndrome（下肢静止不能症候群）も案外にみられる症状で，抑うつによる焦躁感やイライラ症状との鑑別⁹⁾¹⁰⁾が大切である。これら「中枢神経障害」グループが20%にもなった。

次に「種々の合併症によるもの」がある。一番多いのは視力障害で全例が糖尿病性腎不全によるものである。そして，この糖尿病性腎不全では自律神経障害やニューロパチーなどによる症状も患者を悩ませていた。これら「合併症による精神医学的問題」が14%あった。このグループも今後もっと増えていくことが予想される。

これら2つのグループは，先に述べた physical な面を反映した精神医学的問題であり，透析患者の精神医学的問題はこうした身体面での条件をぬきにしては語られないことがよくわかる。

あとは，透析患者になる以前からの患者のパーソナリティ上の問題（人格障害とよんでもよいものも含まれる）が，透析医療の現場でさまざまな困難を引き起こしている例が9%になる。これらのケースには，当然のことながら，前述の「家族・家庭の問題」がかぶさってくることになる。

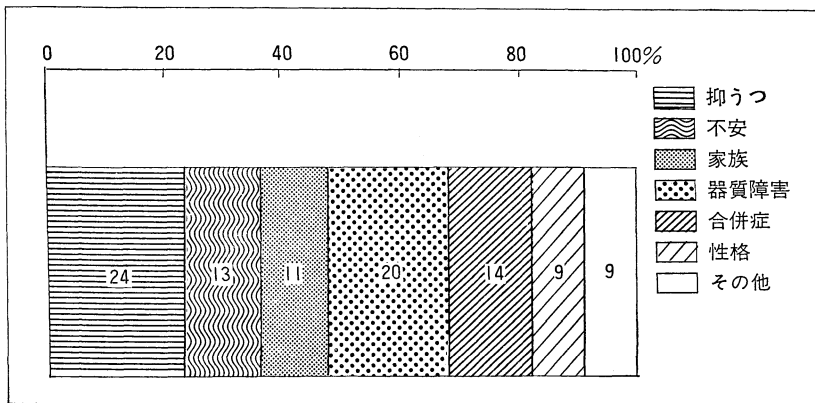


図2 透析患者に現われた精神医学的問題の割合

残りは層かご的なグループであるが、しかしそのどれをとってみても大切な内容を含んでいる。

以上をグラフで示すと図2のようになる。

III セルフケアを論ずる前に

以上みてきたように、精神科コンサルテーションを依頼されてくる患者たちは単一のあるいは重複する精神医学的問題をかかえている。この傾向は程度の差こそあれ、透析患者全体が背負っている傾向であるといってもよい。

すなわち、何らかの情緒的・脳障害的な問題をかかえている患者が多いことになる。したがって、これらの問題への適切な対応なしに、たとえばセルフケアに関してもただ教育的、命令的、一方的な指示、指導による食事指導とか生活指導——すでに「指導」にも educational (教育的), order (命令), require (要求) という、一方的な directive (指示的) の意味が含まれているが——は行えない。

一口でいえば、「聴くこと listen to」あるいは「理解的態度」の大切さが指摘される。いいかえれば、患者の情緒面での回復をゆっくり待つ治療者側の姿勢の大切さということである。そして、この間は、ことに日本人においては、「治療者がよい意味での患者の依存の対象となる」といった治療者—患者関係が生まれることが必要である。dependency need¹¹⁾ がこの時期の透析患者にも求められていると筆者は考えている。

セルフケアとは「自己管理」ということであるが、自己管理とは、結局は自己の内面に目を向けること、あるいは自分に目を向けるということであろう。否認、退行、自己愛(身体化、ヒステリー)、あるいは抑うつ、行動化などの状態にある患者が、自分という人間を自分で客観的にみつめられるようになること、すなわち自分をみる力がついてくることがセルフケアの前提である。その力がないと、逆にいえば、セルフケア、自己管理もできないのではないか。dependency need が充足されてはじめて、次のステップが踏み出せるのである。

しかし、内面に目を向ける、自分を客観的にみるといっても、これが実に困難な課題であることはいうまでもない。そこには単なる知的な学習とか理解をこえて、人間的な成長、成熟が必要とされる。こうしたことがはたして万人に（たとい透析患者ではなくても）起きるか。筆者は自分の日常の精神科医としての臨床を考えても、これは大変難しい課題であるといわざるを得ない。セルフケアを論ずる場合、こうした点を十分に承知したうえで、ことに実際面での患者の治療・教育にあたりたいものである。

引用文献

- 1) わが国の慢性透析療法の現況, 第33回日本透析療法学会総会, 1988.
 - 2) 前田貞亮: 透析療法の現況と問題点, 臨牀看護, 15(1); 48-56, 1989.
 - 3) 内部障害者の福祉問題に関する研究, 神奈川県内部障害者福祉問題研究会, 1986.
 - 4) 春木繁一: 慢性血液透析の精神医学, 透析患者の診かた考え方, 太田和夫, 杉野信博, 春木繁一共著, 151-209, 南江堂, 1979.
 - 5) 春木繁一: 透析患者の心理と精神症状, 中外医学社, 1982.
 - 6) 春木繁一: 透析患者の精神医学的問題, 横浜医学, 35(2); 63-77, 1984.
 - 7) 春木繁一: 生体腎移植の手術前不安について, 横浜医学, 35(5); 331-346, 1984.
 - 8) 成田善弘: 心身症と心身医学, 岩波書店, 1986.
 - 9) 春木繁一: 透析患者にみられるイライラ症状とその対策についてお教え下さい, 透析療法と腎移植—臨床の要点に答えて—, 210-211, 中外医学社, 1981.
 - 10) 塚田浩治ほか: 人工透析患者における精神障害, 特にイライラ感を訴える患者について, 人工透析研究会誌, 5(2); 126, 1972.
 - 11) 土居健郎: Japanese Psychology, Dependency Need, and Mental Health, 精神医学と精神分析, 310-317, 弘文堂, 1978.
-