

サイコネフロロジーの現状と展望

大内雄太

令和元年 12 月 1 日/宮城県「第 48 回宮城県腎不全研究会」

1955 年、国内初の抗精神病薬コントミンが発売され、現在に至る精神科薬物療法の歴史が幕を開けた。それ以前の精神医療にはロボトミーやインスリンショック療法といった歴史的治療法しか選択肢がなかった（例外的に電気けいれん療法の有効性は現在でも認められている）。しかし、コントミンは非常に高価であり、「入院患者全員に平等に処方すると一人当たりの投与量が足りず無効で、一人の患者に投与すると有効だが経済的に継続服用不能ですぐに再発してしまう」といった当時の記述も認める。

当時、精神医療と腎不全医療の関係性は今よりも深かった。血液透析普及前、末期腎不全患者には瀉血・輸血・モルヒネ以外の治療法がなく、尿毒症のため暴れる患者は精神科病院の閉鎖病棟で看取られることもあったと伝え聞く。1967 年に人工腎臓が保険適応になったが、当時国内の人工腎臓台数は 100 台にも満たなかった。1962 年、米国シアトル市で透析導入患者の選別を行っていた通称「神の委員会」について報道がなされたが、日本でも同様の患者選別が行われていた。透析導入となっても、当時は社会保障制度が整っておらず、高額の治療費に耐えかねる患者もいた。透析治療技術も発展途上であり、自身の体調不良や隣の患者が急変したりすることも多々あった様子である。

精神科医の春木繁一先生は、ご自身が 1972 年に血液透析導入された患者でもあったが、当時の血液透析を「死と隣り合わせの医療」と表現している。このような過酷な黎明期の透析医療を背景として、1978 年に米国の精神科医である N.B. Levy らによって「サイコネフロロジー (psychonephrology; PN)」という新しい学問領域が誕生した。

1990 年、前述の春木先生と外科医の太田和夫先生を中心として日本サイコネフロロジー研究会が発足した。当時すでに社会保障制度が確立され、透析治療技術も成熟していた。さらに ESA 製剤と HCV スクリーニングの出現により、透析患者の QOL と生命予後は飛躍的に改善された。同時期、精神科でも操作的診断の普及や新規向精神薬発売といった大きな変革があった。

2008 年、PN 誕生 30 周年に当たる年に、Levy は“*What is psychonephrology?*” (J Nephrol. 2008 Mar-Apr; 21 Suppl 13: S51-3.) という短い論文を発表している。論文内では、透析患者のストレス（依存と自立心の葛藤、医療者側の非現実的な期待、食事療法、対象喪失）、患者個人の精神医学的問題（うつ、不安、自殺、性的問題、精神障害）、対人関係の問題（リハビリの困難さ、非協調性）などが取り上げられている。アルミニウム脳症など透析患者特有の精神障害もなく、腎不全患者特有の精神科治療法もなく、すでに先達によって語り尽くされたように見える PN という学問領域の

存続意義はどこにあるのだろうか？

その答えは、東北大学精神科名誉教授の佐藤光源先生から再三教わった Biopsychosocial medical model (G.E. Engel, 1977) にあった。これは人間の疾病を病因→疾患という直線的な因果関係ではなく、生物学・心理学・社会という3因子からなる複合的なシステムとして捉えようという提言である。前述の春木先生の論文 (Modern Physician; 2013:33(9)) をふまえて、この観点から精神科・腎不全・血液透析領域の問題点を整理すると、下図のようなPNの現代的課題が浮かびあがった。

〈生物学的 (biological)〉

腎不全の臨床精神神経薬理

腎不全患者への薬物療法

薬剤性脳症と薬剤性の精神症状

〈心理学的 (psychological)〉

喪失 (対象喪失) の理解

治療構造と患者—治療者関係

〈社会的 (social)〉

認知症、孤独老年人、生活困窮者への対応

意思決定支援

「人生の最終段階」の定義

透析非導入と透析中止

透析医療のサービス産業化

医療経済的問題～「正義原則」の偏重

運転禁忌薬と自動車運転と送迎問題

本講演では「治療構造と患者—治療者関係」と「意思決定支援」について説明を試みた。

我々は日々さまざまな枠組みのもとで治療をおこなっている。病医院の名称、設備や設計、診療報酬制度、地域の医療資源…。これらの枠組みのことを精神分析用語で「治療構造」と呼ぶ。例えば、血液透析における時間的構造とは「週3回、1回4時間、終生継続」であり、空間的構造とは「多人数が広い透析室内で同時に行う集団的治療」である。また、入室時間、穿刺順番、送迎ルートなど病医院ごとに細やかな治療構造がある。一般的に治療構造を変えるときには細心の注意を要する。すべての患者に平等に同じ対応ができないのであれば、特定の患者のために安易に治療構造を変えて特別扱いをするべきではない。

また、治療構造はそれなりに頑強でなければならない。自分の欲求を抑えて構造内に踏みとどまろうとするために「葛藤」が生じるが、精神的に健康な患者はその葛藤を自身の力で処理する。患者が治療構造から飛び出そう、構造を壊そうとする行動を「逸脱行為」と呼ぶ。もし、治療構造が都度揺れ動く(=ルールがコロコロ変わる)ようであれば、構造内に踏みとどまって悩んでいた患者は葛藤の処理をやめ、境界感覚の乏しい「困った患者」は逸脱行為を繰り返し、周囲の患者は共鳴して不安定となる。

患者が「困った透析患者」になるのは必ずしも患者側の要因だけではない。透析領域における患者—医療者関係の問題は、もともと治療構造が曖昧だったり、患者・医療者ともに治療上守らなければならない境界を示すこと(限界設定 limit setting)を怠っていたりするといった、医療者側の問題に起因することも多い。医療者側の態度として大切なことは、①治療構造を明確化して限界設

定を患者に伝える、②組織全体として限界設定を情報共有する、③患者が限界設定を破った場合は毅然とした態度で接する、④医療者側が限界設定を破った場合、非を詫げる、の4点である。施設のルールをしっかりと決め、そのルールから外れる患者には治療契約解除も含めて毅然とした態度で接する。個々の対応にまかせず、組織全体として統一された対応を行うことが肝要であり、最終的には管理者のリーダーシップがトラブル対応に強い組織を作る。筆者を含めた管理者はトラブルから逃げてはいけないのだ。

上記の考え方は精神科領域では常識となっているが、まだまだ腎不全・透析領域では普及していない。PNは腎臓病学・精神医学・心身医学・心理学が協働しあって形作る学問領域である。互いの知見を分かち合って臨床現場の問題解決に向かうことを希求している。

誌面が尽きてきたため、透析非導入および継続中止における「意思決定支援」については、「総合病院精神医学」および「精神科治療学」に掲載予定の拙論文を参照いただければ幸いである。