



総合病院における心理臨床：  
リエゾン事態としての事例研究(1)：人工透析患者例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 室蘭工業大学 公開日: 2007-06-12 キーワード (Ja): キーワード (En): clinical spychologist, general hospital, hemodialysis patient 作成者: 前田, 潤, 松本, 敏治 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10258/162">http://hdl.handle.net/10258/162</a>

## 総合病院における心理臨床：リエゾン事態としての事例研究(1)：人工透析患者例

その他（別言語等）のタイトル	Psychological Clinic in General Hospitals : Case Study as liaison situation (1) : hemodialysis case
著者	前田 潤, 松本 敏治
雑誌名	室蘭工業大学紀要
巻	49
ページ	139-150
発行年	1999-11-30
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10258/162">http://hdl.handle.net/10258/162</a>

# 総合病院における心理臨床 —リエゾン事態としての事例研究(1);人工透析患者例—

前田 潤\*, 松本 敏治\*\*

## Psychological Clinic in General Hospitals —Case Study as liaison situation (1); hemodialysis case—

Jun MAEDA and Toshiharu MATSUMOTO

(原稿受付日 平成11年5月10日 論文受理日 平成11年8月31日)

### Abstract

The purpose of this paper is to discuss the roles and functions of a clinical psychologist in a general hospital, reviewing the psychological interview with a chronic dialysis female inpatient.

The case was in the dialysis treatment and showed mental disorder when the psychological interview started. She had been facing troubles with her family. The troubles prevented her from taking care of her diabetes cure. In order to remove her from hospital, she had to rebuild relationship with family and financial foundation.

We discussed the function of clinical psychologists in hospital and claimed that the basic role of clinical psychologists was to support patients for restructuring adaptation to treatment and for being active to treatment team.

Key words :clinical psychologist, general hospital, hemodialysis patient

### 1.はじめに

本論文は、総合病院に於ける心理臨床者<sup>#1</sup>の働きや役割を明らかにするための一連の研究の中で、人工透析患者に関わる心理臨床を事例として検討することが目的となる。

前田らは、心理臨床は連携をとる専門家や患者との意思疎通や情報交換のあり方が問われるという意味で、それ自体が'liaison'事態と捉えられとし、このときの'Liaison'とは特定の連携や連絡の仕方を規定する用語ではなく、ある共通の問題を巡ってつながりや連携が生まれる事態の総称だとした<sup>(1)</sup>。医療現場では患者を巡って医師を初めとする様々なスタッフとのつながりや連携が生

まれることを'liaison'事態とすることが出来る。このつながりの中に心理臨床者が加わることがある。このとき自分の役割を探索しながら、そのつながりや連携の中で事態に当たろうとするとともに、心理臨床者の役割や働きの特性がある。

本論文では人工透析患者の事例を提示し、そこでの医療スタッフや患者とのつながりや連携を'liaison'事態と捉えた上で、心理臨床者が果たすべき役割を如何に探索し、事態に対して取り組んだかを検討したい。

人工透析には服毒自殺未遂などで生じる急性腎不全の治療に用いる急性透析と、慢性腎不全に用いる長期慢性(維持)透析の2種類がある。長期慢性透析は精神症状や人工透析の長期化に伴って心理的適応困難を来すことが少なくない。本稿で扱うのもこの長期慢性透析患者である。そのため、ここでは以下人工透析というとき、長期慢性透析を指すものとする。

\* 伊達赤十字病院心理相談室

\*\* 室蘭工業大学共通講座

2.人工透析を巡る諸問題の概要

2.1人工透析の近年の特徴と尿毒症

人工透析は1960年代に導入され、以後患者数は急速に増大している。日本では1995年の報告では15万人強が人工透析を受けており、その後も増加傾向にある<sup>(2)</sup>。最近の人工透析導入患者の特徴として、高齢者の増加、糖尿病性腎全患者の増加が挙げられている。最近10年で60才

以上の透析患者は2倍となり、75才以上の患者の比率は約3.8倍となった。糖尿患者も1983年には患者比率の15%強であったのが1995年には32%弱と倍化している<sup>(2)</sup>。老年においては身体面、脳器質面、心理面にいろいろな問題が起こりうるので、透析導入後に様々な病態や問題が起きやすい機序がある。糖尿病も末期には腎不全の他、視力障害、下肢障害、自律神経障害を伴い、糖尿病透析患者は深刻な合併症を持つことが多い。

人工透析は慢性腎不全によって導入されるが、原因疾患は糖尿病以外にも表1に示したように様々である。腎障害は数ヵ月から数年以上かかって徐々に機能ネフロン数が減少して進行し、経過中には急性増悪と一時的改善がみられながら慢性腎不全に至るのである。

腎障害は尿毒症を来す。人工透析には、持続的可動性腹膜透析(continuous ambulatory peritoneal dialysis:CAPD)という方法もあるが適応は限られ、人工透析を受けるほとんどが、医療機関において週3回、一回4~5時間、人工透析装置による血液濾過を施されねばならない。しかも存命中は欠かすことが出来ず、透析装置からの離脱は一つ腎臓移植による以外ない。

人工透析は腎臓は24時間活動しているのに対して上記時間内でしか機能を補わないので、人工透析装置の能力が腎臓と同程度と換算すると

$$(3 \times 4 \sim 5) / (7 \times 24) \times 100 \div 7 \sim 9\%$$

しか腎臓の機能を補えないことになる。実際は人工透析装置は腎臓よりも効率がよく15%位の機能を補っているという。しかし、それでもこれだけの機能しか補わないので腎障害によって起こる尿毒症症状に見舞われること

表1:原因疾患

- (1) 腎実質の破壊性変化を来す汎発性(両側性)腎疾患
  - (a) 慢性糸球体腎炎
  - (b) 結節性動脈周囲炎
  - (c) 汎発性紅斑性狼瘡
  - (d) 亜急性細菌性心内膜炎
  - (e) アナフィラキシー様紫斑病
- (2) 感染症
  - (a) 腎盂腎炎
  - (b) 腎結核
- (3) 尿路の閉塞
  - (a) 両側性腎盂または輸尿管結石
  - (b) 前立腺肥大
  - (c) 尿道狭窄
- (4) 先天性異常
  - (a) 多発性のう腫腎
  - (b) 尿細管異常
- (5) 高血圧
  - (a) 悪性高血圧
  - (b) 良性高血圧末期
- (6) その他の疾患
  - (a) アミロイド腎
  - (b) 痛風
  - (c) 糖尿病性腎症
  - (d) 高カルシウム血症
  - (e) 慢性間欠性ヘモグロビン尿
  - (f) 腎静脈血栓
  - (g) 多発性骨髄腫
  - (h) 放射線障害

表2:尿毒症神経系症状

- I. 初期不定神経症状
  - 易疲労感、不活発、無気力、無根拠、計算間違い、筋力減退、記憶力減退、頭重、頭痛、肩凝り、食欲不振、悪心、嘔吐、異味感、口渇、流涎、多汗、不安、不眠、嗜眠傾向など
- II. 意識障害
  - 1. 意識混濁 傾眠、昏蒙(昏迷)、昏眠
  - 2. せん妄状態
  - 3. もうろう状態
- III. 精神症状
  - 1. 精神知覚性障害
    - a) 錯覚: 錯視
    - b) 幻覚: 幻視、幻聴
  - 2. 精神内界障害
    - a) 記憶障害: 記憶力、追想力障害、健忘
    - b) 観念連合障害: 思考進行の障害、思想奔逸
    - c) 注意力欠乏
    - d) 判断障害: 妄想(被害妄想、誇大妄想など)
  - 3. 感情障害
    - a) 不関症 b) 抑うつ c) 苦悶性 d) 多幸性 e) 躁状態
    - f) 病的興奮
  - 4. 精神運動障害
    - a) 行動過多 b) 無為 c) 拒絶
- IV. 神経・筋肉症状
  - 1. 活動性低下症状
    - 言語障害(緩徐、不明瞭、aphasia)、筋力減退、腱反射減退、一過性或いは持続性の単麻痺、対麻痺、片麻痺、四肢麻痺、上行性麻痺、球麻痺、小脳症状
  - 2. 刺激症状および過剰運動症状
    - チック、tremor、その他不随意運動、線維性攣縮、局所ないし全身性痙攣、しゃっくり、腱反射亢進、筋肉強直、Kernig 徴候
  - 3. 抹消神経性 peripheral neuropathy
- V. 自律神経症状
  - miosis、唾液分泌異常、呼吸異常、脈拍異常、皮膚発汗異常、皮膚蒼白、胃腸運動障害、低体温、性欲減退
- VI. 感覚器症状
  - 視力障害、聴力障害、めまい、味覚障害、神経性掻痒
- VII. 合併性としての神経症状
  - 1. 高血圧性脳症
  - 2. 器質的脳血管障害脳動脈硬化症、脳出血、脳軟化



表3 人工透析の脳障害の成因となりうるもの

1. 尿毒症毒素の影響
  - 1) 酵素系障害
  - 2) 膜透過性障害
2. 水・電解質代謝障害
  - 1) 低Na血症
  - 2) 水中毒
3. 代謝性アシドーシス
4. 二次性副甲状腺機能亢進症  
脳内Ca濃度異常(上昇)
5. 神経伝達物質の異常
  - 1) 脳内セロトニン異常
  - 2) 脳内ドーパミン異常
6. 脳循環代謝障害  
動脈硬化の影響
7. 脳髄液動態異常  
浸透圧変動
8. 貧血の影響
9. ビタミン欠乏症  
ビタミンB群など
10. 薬物中毒  
アルミニウム、マンガンなど  
抗生物質  
(付) slow virus(?)

は避けられない。尿毒症(uremia)という言葉自体は19世紀中葉にすでに用いられていたが、この概念には色々の問題があると言われている。それは症状を起こす中毒物質(uremic toxin)が何であるかについて必ずしも特定できず、尿毒症の程度の指標も血中のNPN(非蛋白窒素: nonprotein nitrogen)やBUN(血液尿素窒素: blood urea nitrogen)、クレアチニンが用いられるが、それが臨床症状と必ずしも並行せず、単一の物質の増量のみが問題となるかの議論もある。そして症状を引き起こす原因には中毒物質だけでなく水分や電解質の代謝、酸・塩基平衡が関係し、腎障害によって体液の量的・質的恒常性がすでに保たなくなっており、さらに原因疾患との関連も無視できない。したがってこれらの変化によって臨床症状を呈したものが尿毒症ということになる<sup>(2)</sup>。こうしたことから人工透析患者は身体的変調や精神的変調が生じやす病態にあることがわかる。

## 2.2 精神医学における人工透析問題

尿毒症では表2に示したような神経系症状がみとめられるので、精神医学的問題が人工透析では起きやすい。

従来、尿毒症は精神医学では症状精神病の一群として取り扱われてきた。二次性精神症状を生じさせる身体的背景病因として、様々な要因が人工透析の場合考えられる(表3)。

しかし、例えば発症限界について、BUNが150mg/dlを超えるとほとんど全例に精神症状が見られるといわれている<sup>(3)</sup>が、その体内動態の変化速度なども関与していると考えられ、症状発現機構は複雑である。

人工透析に特異的な精神障害として尿毒症性脳症(uremic encephalopathy)、透析不均衡症候群(dialysis disequilibrium syndrome)、透析脳症(dialysis encephalopathy)、皮膚寄生虫妄想症(delusional parasitosis)、レストレス・レッグス症候群(restless legs syndrome)等が挙げられている<sup>(4)</sup>。人工透析導入の当初は、特に透析不均衡症候群と名付けられた臨床症状や尿毒症性脳症が注目された<sup>(5)</sup>。これは脳血流関門(BBB)などによって生じる血液成分と脳脊髄液や脳実質との生化学的不均衡を成因とするもので、人工透析導入時に生じやすかった。脳血流関門は精神症状と血液成分の改善にずれ(lag phase)が生まれることにも関与している、と言われている。

人工透析患者に発症する精神症状のうちで、幻覚や妄想といった精神病様症状が出現することは稀であるとの指摘がある。日本ではこれまで、皮膚寄生虫妄想と幻聴についての報告が、僅かに2つ記述されているに過ぎないという<sup>(6)</sup>。

人工透析患者に生じる精神症状については、他の症状精神病との鑑別、治療、予防が、人工透析導入当初から課題とされてきた。本邦では1977年に加藤の最初の報告<sup>(8)</sup>があり、以後多くの精神医学者の留学の経験から<sup>(9)</sup>、日本でもコンサルテーション-リエゾン精神医学(consultation-liaison psychiatry)が注目されるようになった<sup>(10)</sup>。それより先んじて1972年の人工透析研究会(後の日本透析医学会)で、すでに透析患者の精神・心理的問題が正面から取り上げられていたという<sup>(2)</sup>。初めは透析に見られる精神症状が脳内物質の異常とする報告が多かったが、徐々に心理的因子の関与を含めて「脳」と「心」の両方を等しく見ていく態度が必要との自覚が生まれてきた<sup>(2)</sup>。

人工透析の患者は、人工透析を通じて一様の経験ををするのではなく、時間経過と共に経験内容や適応の在り方は変化すると考えられ、次のように6つの区分に分ける考えが提唱されている<sup>(4)</sup>。

第1相: 透析前の尿毒症の時期

第2相: 透析導入期(透析導入から4週後まで)

第3相: 回復安定期(1~3ヶ月)

第4相: 中間期(4~12ヶ月)

第5相: 社会適応期(1年~3年)

第6相: 再調整期(3年以降)

精神症状の発現頻度は、文献的に見ると減少傾向にはあるが、それでも10%前後の患者に見られる。また人工透析導入からこのように区分して、精神症状の発症時期をみた報告では、心因反応は第2相で、意識障害は第3相以降に多いという<sup>(4)</sup>。

人工透析のような治療は、まず慢性腎不全による透析導入の告知から始まる。しかし、人工透析導入に際して25%の患者はあらかじめ主治医に説明や予告を受け、保存期腎不全の時期にもそれなりの治療を受けながら導入されていく。しかし75%の患者はある日突然尿毒症症状が悪化し、緊急透析に近い形で透析が導入されているとする調査がある<sup>(11)</sup>。

いずれにしても、一旦人工透析が導入されると患者は長期に亘って継続しなければならない。

ここで人工透析患者の独特な心理社会的因子について概括する。

人工透析患者は腎不全による腎機能の喪失を補うため、血液濾過装置の導入によって延命可能性を高める。しかし、人工透析では腎臓機能の15%程度を補うに留まらざるを得ず、継続的な食事飲水制限を受ける。そのため身体的には各種の代謝の微妙なバランスが絶えず変調の危機に晒されていることになる。透析脳症を初めとする脳実質の変調や、神経系全般における自覚症状の発現可能性が高くなる。患者は常に死と直面し、透析装置に拘束されて生命を維持していると意識せざるを得ない。週に3回人工透析に際して必ず行われる透析前後の体重測定、血液検査、月1回は心胸比を測定するためのレントゲン検査を行う。そして医師が恣意的に決定する（ように見える）ドライウエイトへの関心も深まる。理由はそれによって基礎体重が決まり摂取可能な水分量が決まるからである。また器械装置を同一にする人の生死、自らの透析経験年数と死亡した人との年数との間に呪縛的思考を抱いてしまう。時に襲われる不安や腹立たしさを隠し切れなくなって周囲の人に言動や行動で表わしてしまい、またそれに苦悶することになる。

人工透析治療は患者に救命と延命をもたらしたが、人工透析への患者の適応は克服すべき課題が山積している。

心理社会的要因で生じる精神障害には、腎機能廃絶という対象喪失に続いて行われる悲哀の仕事に関連して生じるもの、将来への不安、恐怖、透析治療への受容に伴う情緒的不安定、失感情<sup>(12)</sup>、否認、怒り、抑鬱、恐怖の再燃、不定愁訴の増加などが見られる。これに対しては、薬物治療と共にごく標準的な支持的精神療法が併用されることが多いという。しかし、医療スタッフと患者のトラブルなど、このような標準的な方法では解決が難しい場合もあることが指摘されている<sup>(9)</sup>。そして家族など患者を取り巻く人へのサポートの必要性も指摘されている<sup>(13)</sup>。

最近では総合的に心身両面から見る必要が強調され、チーム医療の重要性の指摘から、この人工透析に関して

も看護婦、MSW、心理士等の参加が活発となり腎移植なども含めて各専門家による報告が増加し、精神医学でも人工透析への関わり必要性が再認識されてきている<sup>(4)</sup>。

### 3.心理臨床の実際

本論文では、心理臨床者の働きや役割の特性が明らかにするために事例を提示する。そのため、心理臨床者がどのように人工透析患者と出合ったのかという経緯や、患者の体内動態、心理臨床者と医療者、医療者と患者、患者と家族などの関わりなども許される範囲で、また得られる情報の範囲で出来る限り詳しく検討していく。

#### 3.1 症例の概要

ここでは人工透析導入年をX年とし基準年とする。

X-56年6月28日生まれ。X+1年5月6日の初回心理面接時57才の女性である。

20年近く糖尿のために入退院を繰り返し、合併症から慢性腎不全となり、X年6月から伊達赤十字病院で透析を開始（火、木、土:左手シャント）し、患者は病気に対する意識が極めて低く、意欲的に取り組む姿勢がないと見られていた。

X+1年3月6日、透析開始から約一年後バスターミナルで転倒、腰痛のため整形外科を受診した。腰椎圧迫骨折を指摘されたが経過観察となり自宅に戻る。3月8日長女（某病院看護助手）が仕事から帰る（午後2時）とボーとしており、長女の問いかけに「うるさい」と言うのみで、嘔吐の跡があったため、救急車にて来院。神経学的所見なく、その内に疼痛の訴えが消失する。

X+1年3月23日からは血糖コントロールがメインとなるが糖尿、食事摂取がまちまち、間食などからコントロール不良が続く。コントロールのために指導を繰り返しても、倦怠感強く開眼して話を聞こうとする姿勢がみられず。人の話を聞こうとする姿勢がみられなかった。

異常言動（として「預かっている子供が二人いて、いつも自分のそばにいる。」「その子達は泌尿器科主治医の看護婦に生ませた子である」など）、幻視（として「天井に虫がいる」など）、夜間不穏（詳細不明）が出現し、精神神経科を4月5日に受診した。抗精神薬（グラマリール）内服開始するが、一日中眠ってしまい食事も摂取せず、尿失禁、便失禁状態、全面介助を必要とし、意識レベルの判定が困難な状況となる。そのため一錠の投薬のみにて中止された。

X+1年4月28日に神経内科から泌尿器科に転科。この時点の看護記録では身の回りのことは少し出来るか、しようとの態度が見られるようになっている。血糖コント

ロールが悪いので倦怠感が強いが、時々はつきり応えるときもあるため、演技をしているのか判断できないところがある、と看護記録にある。泌尿器科への転科理由は把握していないが、人工透析患者であることから、該当科への転科と考えられる。

### 3.2 心理臨床者への依頼

#### 3.2.1 院内に於ける心理臨床者の立場と位置

伊達赤十字病院には、心理相談室が他の部門から独立した形で設置されている。この心理相談室は、健康保険外診療という形での外来診療を行う。また病院内の各診療科から直接依頼を受け、依頼のあった診療科チームの一員として心理臨床活動を行うことがある。この心理相談室は、常勤二名の人的体制をとっており、筆者の一人はここで心理臨床者として常勤している。一方、常勤者の一人は小児科を基本領域とする仕事をしており、もう一人の常勤者である筆者は、精神神経科を基本領域に仕事をしている。それゆえ、一人は小児科と心理相談室、もう一人は精神神経科と心理相談室を兼任するような勤務体制にある。

#### 3.2.2 心理臨床者への依頼経緯

このような体制の中で、X+1年5月6日、泌尿器科婦長より心理相談の依頼があった。泌尿器科主治医の要請とのことである。この時点で泌尿器科主治医からの直接の依頼はなかったが、すでに泌尿器科主治医と話がついているはずとの婦長の説明もあったので、婦長依頼にてまず患者に会うこととした。担当看護婦からは透析開始のための入院時には、清潔でピアスなどをして派手でよくしゃべる人だったが今回は全然印象が違って驚いたとのコメントがあった。

依頼のあった当日に患者本人と面接をした。この時点で心理臨床者は人工透析に関する知識がほとんどない状態であった。そこで泌尿器科主治医と話し合い、心理面接の目標設定を行った。

#### 3.2.3 依頼理由の説明

泌尿器科主治医の説明によれば、患者は糖尿コントロールが不良で、非現実的な言動がみられる。ただ50%位は話が通じるし、しっかりしたところもあり、わかっていてわからない振りをしているのではないかと思える所もある。よく話を聞いてあげれば随分良くなるのではないかと思うが、十分時間も取れない。主治医が聞くには難しい話である(泌尿器科主治医が妄想的内容に組み込まれている)。話を聞いてくれる専門家のことを伝えたと、行きたいと同意したとのことであった。

心理相談室は保険外診療で相談を受けているが、本人の経済状態と精神神経科受診の既往もあることから、精神神経科主治医と話し合い、精神科主治医の指示による

入院精神療法の形で診療報酬を徴収し、患者に負担を掛けずに心理面接が継続された。

#### 3.2.4 心理面接の役割の検討

患者との面接及び主治医との話し合いの後で心理臨床者は心理面接の役割と目的を次のように立てた。

まず、泌尿器科主治医の代行的役割である。そして患者が経験している現実を、患者自身が受け止められるようになることこそ心理面接の目的とした。そこで本人の生活史などを訊ねながら、患者の語ることを聞くことが自意識の回復につながり、患者が現実を受け止めていくことにつながると仮説し、心理面接を継続することとした。

しかし、本人の示す妄想様異常言動は、人工透析に関わる体内動態による精神症状としてのせん妄なのか、それとも精神病的妄想なのか鑑別診断は困難と思われる。この病態に対する心理面接の治療的寄与に確証はないまま心理面接は継続することになった。

### 3.3 症状軽快期の心理面接と体内動態

心理面接依頼後、患者との心理面接を繰り返したが、当初の主訴であった妄想様言辭は急速に後退し、背景に退いていった。そういう意味で心理面接は症状軽快期に対応して行われたこととなる。そこで人工透析患者に見られた精神症状とそれが軽快していく様子を実際の心理面接の場面から提示し、その時期の特徴を考える。そして診断と症状軽快期の特徴に関わる若干の考察を行うために生化学的なデータも提示する。

#### 3.3.1 症状軽快期の心理面接

まずX+1年5月6日の第一回面接での本人の様子を少し詳しく提示したい。

車椅子を看護婦に押されて入室(透析後)。病衣姿である。白髪で実年齢よりも老けて見える。表情はやや堅めであるが、目付きはしっかりしており口調、声調は低いが張りがあって淀みがない。

切り出しは明確ではないが、心理臨床者が自己紹介を行った後、本人から要求混じりに現状の訴えがあったと記憶している。その点導入には苦労はしなかった。

ほんの少しでいいから外泊させてほしいこと、そして温泉にでも入り、マッサージを受けたら少しは足も良くなるだろうと述べる。しかし2、3日とはいっても自力歩行が出来ず、透析を受けねばならない身であれば外泊は困難なことは必定である。しかし自宅では医院をやっていて透析の機械も3つあり、自分が帰るときには看護師の誰々さんが一緒に帰ってくれることになっている。そしてその医院は泌尿器科主治医の先生がスポンサーになっている。お金は数億円あるし何の心配も入らない。また家には大きな果樹園があり、沢山の果物がなってい



る。早く取らないと腐れてしまう(誇大妄想的)、と言う。

子供が二人いてベットの潜り込んでくる。生まれてすぐに親代りになって育ててきた。子供達のためにもどんな扱いを受けているのか見て来たい。

挿話的に妄想的言動がなされるが、このときも特に切迫感に支配されているわけでもないし、通常の会話と異なった口調で語るわけではなく、いかにもそのような状況にあることを理解してほしいと切実に思っている様子である。

そして別れた主人が毎月15万円づつふりこんでくれていると述べる。しかし実際はご主人は本州に出稼ぎにいらっているのだから別れているわけではない。15万づつふりこんでいるのかを再度確認すると、「いやあ、そういう気持ちに早くなってくれればということさ」と言う。妄想的言動ともまた違い、願望をあたかも現実であるかのように話しているのだから、指摘を受けると否定し説明している。

自立歩行が出来ないことについては「神経的なものだろう」との理解を示す。何が神経を参らせているのかと思うかを訊ねると、泌尿器科主治医の先生が以前のように大事にしてくれない、先生の子供を二人も私に預けておいて、この頃だったら顔も見せない、とその理由を事実と妄想の混交した内容で説明している。

そして話は初めの外泊のことに戻り。もしも先生(心理臨床者)が外泊を良いといってくれれば、外泊が許可されるから、良いと言ってくれ、と言う。心理臨床者は実際には外泊許可を出す立場にはないが、そうと決めて掛かっている。そこでやはり足も悪いのですぐには無理と思うと返答すると、それじゃあ来週また様子を見てくれと述べ、次の週の月曜日に会うこととなった。

外泊をしたいとの要求がなされ、その要求が歩行困難、維持透析の必要などの現状で可能かを心理臨床者である筆者に問われると、妄想的言動がなされた。しかし筆者から「それは本当か」と確認されると「そうになってくれればいいということさ」と答え、希望を述べているのだとの認識を示したり、時間や場所の見当識は保たれている様子もあった。

心理面接2回目(X+1年5月10日)は時間になっても来ないので詰所に連絡すると血糖値が上がっているため処置をしているところであった。その後、看護婦に車椅子を押されて遅れてやってきた。そしてどうしてそんなに帰りたいのかを訊ねると「漬物をつけたいから」と言い、この漬物について「漬物置き場に設置しているカメラ」「こそこそとやってくる黒狸」「ネズミ」という言葉を用いて説明をする。そして、ふと耳を澄ませるよう

にして、「ほら野菜刻んでいる音がする、今持ってきてくれるから待っててごらん」と幻聴或いは錯聴を思わせる様子を見せる。相変わらず、「泌尿器科主治医の子供を預かっている」「誰の子供かはわからない。たぶん看護婦さんの子」と妄想を語り、日常的にこの妄想内容を語っては泌尿器科主治医を困らせている様子が知られた。説明する内に非現実的な内容へと行って行くが、全く事実をそのまま話しているような口調や表情である。心理臨床者は事実関係を突きつけたり、妄想的内容を否定しても意味はないと考え、看護記録に手の痛みなどを訴えていることが書かれてあったので「手が痛いんですか」と訊ねる。すると「皮が突っ張るような感じ。でもこれはきっと良くなってきているから」「使わなかったところを使うようになってきたから」ではないかと自らの認識を述べ、正否は別として現実的な説明を行っている。さらに「月曜日はせつかく二日続けて透析が休みの日なので日にちを代えてほしい」と見当識ある要求もされていた。

3回目(X+1年5月14日)にも4回目(X+1年5月21日)にも全く非現実的な内容を語ることはなく「痔」の手術についての心配、泌尿器科主治医の回診があったこと、兄弟の面会予定が今日あることなどが話された。

兄弟の話が出たのをついでに生き立ちについて話を聞くこともできた。

そして「いつもぼーっとしていて駄目だ」と周りに言うのと、「随分しっかりしてきた」とこの頃皆に言われることや、ある時他の人の話すのを聞いて思わず少し笑ったら「あっ笑った」と言われたり、立つ練習しようと思えばベットから降りてみたら「あっ立った」と手を叩いて看護婦さんに喜んで貰ったりする。すると頑張ろうという気になる、と非常に明るい表情で述べるようになっていた。

5回目(X+1年5月28日)は手術のため外科に転科していた。そして先週、病室に兄弟が何人か訪れたことを目頭を熱くして語った。実は患者が垂混迷状態に陥ったときに、危篤とのことで集まってきたらしいのだが、本人は覚えがないので「私は久しぶりだったものだから」と説明を加えている。そしてその兄弟達との交わりが語られ、昔日の患者の様子が垣間みられる話が続いた。

そして「ここに来た後は何とはなしにすっきりする」と述べ、看護婦に連れられて退室した。

### 3.3.2 脳波及び生化学データ

心理面接導入前後の患者の毎透析前に採取された血液によって示された生化学検査のうち、クレアチニン、BUNの動態と脳波の所見を図1、図2、図3に示した。

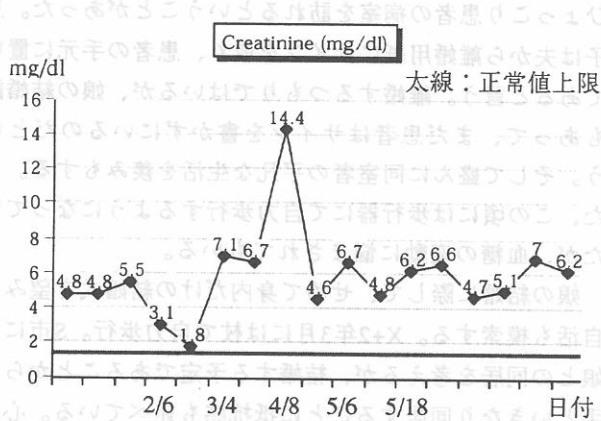


図1 クレチアニンの変動

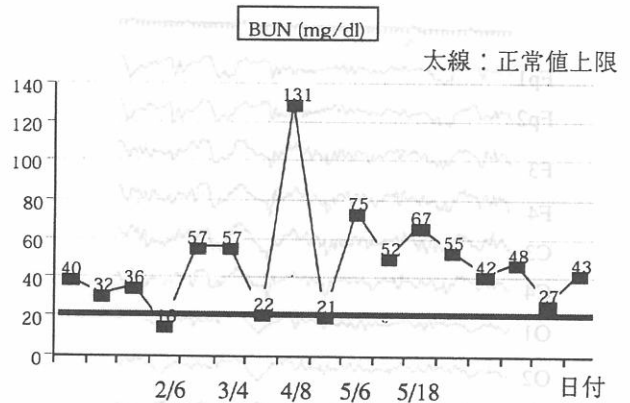


図2 BUNの変動

尿毒症の検査所見は状態像と呼応して4月8日で最も悪く、それ以降の初回心理面接時の5月6日でも高値が定常的になっている。クレチアニンは高値が続き、BUNは安定しない状態が続いている。脳波(4月8日)は5~8Hzのシータ波が基礎波となっており、この当時光刺激による反応も見られず、過呼吸は出来る状態ではなかった。

血糖値も意識状態に影響するが、データが入りできなかった。

### 3.4 患者の生活史、心理面接のその後の経過と転帰

面接内での状態としては面接4回目(2週間)で、全く妄想様言辞はなくなり、それ以降はX+1年7月20日に高マグネシウム血症にて透析中痙攣発作が生じたが、妄想様の精神症状は以来みられていない。

心理面接で患者本人が語った生活史をまとめ、次に6回目以降の心理面接から聴取された内容から、どのような経過のなかで患者は転帰を迎えることになったのか提示したい。

#### 3.4.1 生活史

患者は7人兄弟の長女として育ち、親は芝居好きで幼子を放っておいて芝居を見に行くような人だったので、両親に代わって幼い子供達の面倒を見た。本人は進学を希望し成績も良かったが、「女に学問はいらぬ」という親の意向で断念した。自動車工場の事務として勤め、弟達にはせめて高校には行かせたいと患者自身が学費を払って卒業させたりもした。バイクの免許をとって乗り回していた。バイクに乗って転倒し怪我をしたが、病院にも行かず、自然に治った。化膿もしなかったので「体は丈夫だと思う」と述べている。

事務員を辞め転居。若くして銀行からの資金の借入を行ない、都市計画のために閉鎖するまで自ら水商売を営んだ。兄弟やその連れ合いからは頼りにされ、勤めに出ねばならない妹に代わって子供を二人預かって面倒を見たこともある。子供達は良く懐き、患者も親以上に可愛

がったとの自負もある。兄弟の全てが結婚あるいは就職して結婚したので本人は晩婚であった、と言う。

夫とは知り合いの紹介で見合い結婚であった。嫁ぎ先の家は反物屋を営んでいたが、結婚当時にはすでに間屋も卸してくれないくらい傾いた状態で、患者が銀行に話しをつけ何とか建具屋として立て直したという。姑は厳しい人で、夜中の2時3時には「いつまで寝てるんだ」と声をかけてくるくらいで、そのためか初回妊娠は8か月で流産、姑が義叔父に怒られるということがあった。一方夫は頼りない人であったと言う。患者の夫についての評価はかなり低い。「片輪」、「何をやっても駄目」と断じ、夫の親戚や兄弟を引き合いに出して無能さを立証しようとした。何れにしても結婚当初から夫と妻というよりも面倒を見なければどうにもならない男と世話役という役割が出来ていたようだ。

それでも一男一女を儲けた。しかし、「楽しいことは一つもなかった」、子供を置いて行くと姑がうるさいので「せいぜい仕事先に子供達を連れて一緒にお弁当を食べたりしたくらい」と言い、何度も離婚を考えたが、子供を片親にしてはいけぬと考え、思い留まったことである。患者は勝ち気で夫の根性を叩き直そうと発破をかけてきた。しかし商工会、役所、青色申告も全て患者が行かなければならなかった。「夫に信用がなかったから」と述べている。患者は集金に駆けずり廻ったり、必死に努力するが、夫は片っ端から飲んでしまい、酒にだらしがなかったと言う。しかし、患者も相当酒は飲んだ。

姑は10年ほど前に他界したが、「最後は私を離さなかった」と、その関係は遂に円満に達したとの思いを抱いている。

患者の奔走も虚しく、透析導入の数年前に店は破綻、家は抵当に入っていて返すあてもない借金を抱えた状態となった。夫は出稼ぎにいつても仕送りは滞りがちで、

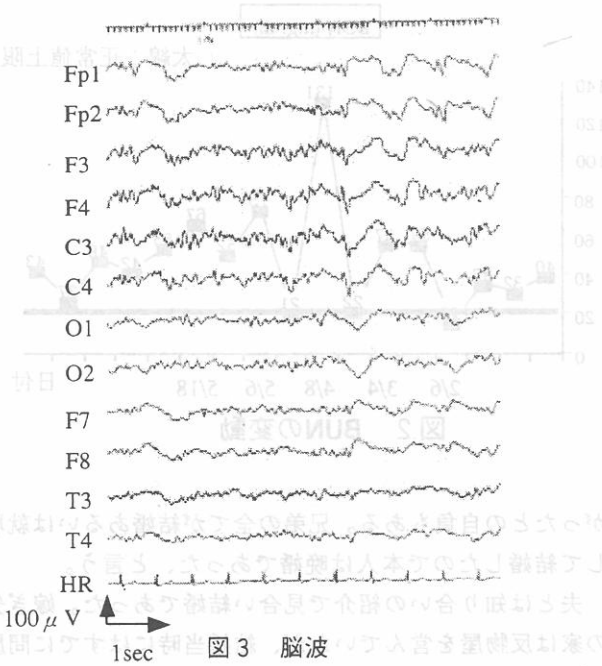


図3 脳波

それでも何とか娘と息子は高校を卒業させた。透析導入時には「明日から透析」と言われただけで患者は良くなれば終了となると考え、後日生涯続けねばならないことを知ったと言う。

### 3.4.2 心理面接の経過と患者の転帰

次に6回目の心理面接以降の経過を提示する。

身体的には復調していき、X+1年6月には患者は自力で車椅子を動かして入室するようになり、X+1年7月には歩行器を使用するようになっている。一方で障害者年金受給手続きを開始し、翌月には支給が決定し、一時まとまった金額が降りた。夫は自宅近隣で職に就いていたが、自動車事故、酒屋や飲食店への借金が重なり、障害者年金で入ったお金を当てざるをえなくなった。この時期に重なって、先にも述べた高マグネシウム血症と思われる意識状態の低下があり、しばらく傾眠状態が続き、一時車椅子にもどっている。それでもまもなく自分で車椅子を動かすようになり、病室から透析室に通うようになった。

以前から患者も考え、浮上しては消えていった離婚問題ではあったが、息子や娘が夫に別れるよう詰め寄るといった場面があった。息子は特に積極的に動いている様子であった。そのうちに夫は職場からいなくなってしまった。患者は嘆きあきらめを示した。S市に住む息子と同居する話が持ちかけられ、その資金を稼ぐため息子自らは本州に出稼ぎに行くこととなった。患者との心理面接は、これ以降暫く患者の微熱や体のだるさのために滞りがちとなっている。

年が明けてX+2年1月に、いなくなったはずの夫が

ひょっこり患者の病室を訪れるということがあった。息子は夫から離婚用紙にサインを取り、患者の手元に置いてあると言う。離婚するつもりではいるが、娘の結婚話もあって、まだ患者はサインを書かずにいるのだという。そして盛んに同室者の平凡な生活を羨みもする。また、この頃には歩行器にて自力歩行するようになっていたが、血糖の変動に悩まされてもいる。

娘の結婚に際して、せめて身内だけの結婚式を望み、自活も模索する。X+2年3月には杖で自力歩行。S市にて娘との同居を考えるが、結婚する予定であることから相手といきなり同居することに抵抗感も述べている。心理臨床者は、この時、娘達にも不確定要素があるので、他の可能性も考えておくほうがよいとそれとなく提案している。患者は具体的に退院先について模索しているが、娘のほうからの連絡がなく心配を重ねる。

このような中、X+2年4月を目前に早朝歩行器で転倒し、大腿骨骨折となった。これで退院は遠いたが、「傍に誰かいないといけない」との思いを強くし、S市に行く気持ちを固める。この頃、病棟婦長によれば実は既に娘は妊娠しており、患者には知らせていないということであった。妊娠の事実を患者に知らせぬままX+2年4月患者の娘はS市に転居した。しかし引越したはずの娘からの連絡もなく、娘の手元には障害者年金手帳と捺印を終えた離婚届けも預けたままになっていた。心配しながら患者は退院を念頭にリハビリを重ねた。暫くして娘の墮胎を患者は知る。これに対して患者は「今回のことは勉強だと思ってくれればよい」と割り切った考えを述べた。そして息子が障害者年金手帳を持って来院し、離婚届けも提出されておらず、手帳と離婚届けが患者の元に返ってきた。

このように退院が延期している頃であるX+2年5月に夫が再び突然来院した。夫は地元で仕事を探すといい、患者も半ば喜び夫との生活を模索する言動をなしている。そして退院後の生活を考え一層リハビリへの意欲をみせ、看護師や理学療法士から褒められたこと明るく話すようになった。そしてX+2年6月には内科主治医より退院を勧められるようになった。退院先に迷いはあるが、階段昇降を杖を使わず練習したり、リハビリは順調に経過し、骨折以前よりもしっかりと足取りとなった。

このような時に、以前妄想様の精神症状で入院していた病棟の看護婦から、その当時の患者自身の様子を知らされる、ということがあった。そして、患者は心理臨床者に確認を求めてきた。事実を受け止め、それを念頭に患者自身が今後の生活設計に組み込んで展望することが肝要と考え、心理臨床者から更めて説明し、事実確認を



した。患者はその時のことは全く覚えておらず、恥ずかしがった。この時心理臨床者は誰でも条件次第でなる状態であることを付け加えた。

しかし、その後患者は、透析中嘔吐したり微熱が続くなどのためにリハビリも休みがちとなった。次回の心理面接で、前回の精神症状の説明を聞いてショックだったかを確認すると、患者はショックだった率直に述べた。そしてボケるのではないかと心配を深めたこと、そして子供達が患者に「一人では置いておけない」と妙に強く言っていた理由も同時に了解した、と言う。ボケとは違うが、心配であれば専門医に説明してもらうことを心理臨床者は勧めた。

X+2年7月には再びリハビリに意欲を示した。血糖コントロールは不良が続き、インシュリン投与に苦慮する状況にあったが、患者は内科主治医や病棟スタッフと共により良いコントロールの在り方を模索している様子であった。娘からの連絡はない状態が続いている。

X+2年8月には一人で病院近隣の歯医者へ行くようになつた。娘と電話連絡がつき、患者はますます意欲的になり血糖も落ち着き、尿量も増加したとの患者の報告もなされた。

X+2年9月には退院と入院継続を現実的な所で迷っていた。

このような中で翌月のX+2年10月、突然夫死亡の知らせが娘から患者に入った。飲酒後に自転車に乗り転倒し、頭部強打による即死であった。患者は「頼りにはしていなかったので寂しいとは思わない」と言うが、心理面接の中で、家具の仕入れで夫と子供達とA市へ行ったことなど思い出をよく語るようになった。今後は息子とS市で暮らすことにしたというが、疲れのためか微熱が続いた。しかしX+3年1月には息子とS市で暮らすことが具体化していき、患者は長年住んだ土地を離れる決心が迫られていた。血糖コントロールが不良がちになり、心理臨床者が、このような迷いのときは誰に相談したいかと尋ねると、即座に泌尿器科主治医の名を患者は挙げた。

丁度そのころに結婚したはずの患者の娘が別れることになった（籍を入れていたか不明で別れる理由も不明）。これも一つの機となって娘ともども3人でE市に転居し同居することとなり、患者は一から再出発をする決意をした。心理臨床者には「パーの時からお世話になった。あと何回来れるか」と述べている。患者は泌尿器科主治医にE市の病院を紹介してもらうために主体的に動き、内科主治医も泌尿器科主治医も求めに応じて迅速に動いた。そして、転居に必要なことは医療ソーシャルワーカーに率先して頼みにいくなど、行動力を発揮した。

た。

3月上旬に転居予定となったので、改めて心理臨床者は住み慣れた自宅を離れ、転居する必要性がどこにあるのかを患者に語ってもらった。患者は自分を一人で置けないと息子が言っていることをまず挙げ、昔から息子はやさしかったとエピソードをまじえて語り、息子のやさしさにその言葉を帰した。そして次にもともと娘と行くつもりだったことも理由に挙げた。心理臨床者は「一人で置いておけない」と息子が言うことが、精神症状の発現という事実によって息子が患者の将来に不安を持つからばかりでなく、そこには昔からの息子のやさしさが込められているということ、事実を踏まえた上で改めて患者が認識し直したのものとして受け取った。

患者は最後に「色々くだらないこと話した。でも聞いてくれて助かった。漸く退院になります」と涙ぐみ、X+3年3月上旬、2年近い入院生活を終え患者は退院の転帰を迎えた。

#### 4. 考 察

ここでは心理臨床者が果たしたと考えられる役割およびその役割を作り上げる条件について考察する。そのためにもまず、人工透析を導入され精神症状を発生させる患者側の条件について考え、次に、患者の症候の発生から心理臨床者がどのように患者とつながるようになったのか、患者とのつながりを生んだ条件について考える。そしてこの事例の場合に心理臨床者が果たしたと考えられる役割について考察を加え、最後に、この事例を通じて考えられる総合病院に於ける心理臨床者の役割とその役割を作る要因について考えることにしたい。

##### 4.1 生活史と現病歴からみた人工透析の導入と精神症状の発現

患者の生活状況から推察されることとして、20年来糖尿病を患っていたということだが、ゆっくり静養する家庭状況になかったという指摘が出来る。結果的にそれが腎不全の併発につながったことになる。

患者によると透析導入に際してほとんど説明がなかったという。導入の経緯について医療情報として今回は確認はしていないが、75%近い患者が、ある日突然尿毒症症状が悪化し、緊急透析に近い形で導入されているとの報告から、今回提示した患者もこれに近い導入であったと思われる。

人工透析の導入に際して個人に様々なレベルでの問題を生じさせることは容易に推察される。この患者にとっても必要な治療措置であったとしても、単に生活スタイルの改変を迫られるということだけではなかったであらう。



う。患者の場合、それまで願っていた現実的な家庭や経済問題の解決を断念せざるを得なくなった。それは同時に、結婚以来家庭状態や経済の逼迫によって何度も危機に曝されていた、他人の面倒を見て後始末をする自分というアイデンティティの回復の断念をも意味したことになると考えられる。それも患者にとっては何の説明もないままそういう状態に追い込まれたことになる。

患者は妄想を伴う精神症状を示したが、文献的に見ると人工透析患者では珍しい症状ということになるであろう。また患者の精神症状の発病期は、人工透析導入後10ヶ月目であり、これは人工透析を時間区分から見ると考えれば第4相の中間期に相当する。意識障害が第3相以降に多く見られるという傾向と合致しているが、患者の示した精神症状が意識障害によるせん妄か、精神障害としての妄想かは議論が別れるところであろう。

#### 4.2 心理臨床者への依頼

心理面接の依頼があったことには二つの要因があると考えられる。

第一は、精神症状の鑑別診断に関わることである。尿毒症を初めとする身体因に起因する意識障害によるせん妄であれば、身体状態の改善を行うことになる。また精神障害としての妄想であれば、向精神薬の専門的な投与が求められる。実際はこの両方が施されるのが通例であり、今回も精神神経科を含めて治療に当たっている。先にも述べたように、患者は生化学的データからは意識障害にまで至るほどではないと考えられ、脳波という生理学的所見からは意識障害を疑うという、微妙な状態にあった。良く知られている事実であるとしても、医学的な治療処置と身体状態の改善が精神症状の軽快になかなかつながらなかったことが、今回の場合心理面接の依頼があった大きな一つの要因であろう。

第二に泌尿器科主治医が対応に苦慮せざるをえないような、主治医自身を妄想に取り込む形で精神症状が発生したことが挙げられる。妄想に取り込まれて対応することは専門的にも扱いが難しいであろうが、このような時に、たとえ心理臨床者が専門家であっても、これに対応を求め紹介をするには、現象へのおおらかさと真摯な態度が医療者に求められるものであろう。今回の事例では、医療者にこの態度が恵まれていたと考えられる。

この二つの何れを欠いても、心理面接の依頼はなかったと考えられる。

#### 4.3 人工透析患者に対する心理面接の役割

初めの4回までの間に患者から問題となっていた精神症状は全く見られなくなり、心理面接開始と同時に、その後急速に症状は軽快していった。これは、体内動態の改

善と精神症状にはずれ(lag phase)が存在することと対応し、心理面接は丁度、症状軽快期に開始され急速に目に見える形で症状が消えていく時期に当たっていたものと思われる。それゆえ、依頼理由からするとこの時点ですでに目的は達したことになる。

しかし、心理臨床者が初めに設定した、人工透析導入に伴って患者が直面せざるを得なくなった現実を受け入れ、新たに自意識を再編するよう促す、という心理面接の目的は、むしろ精神症状が軽快してから始まったと言える。

2年近い入院生活の中で患者は、幾つもの課題に取り組まねばならなかった。

第1に腎障害の原因疾患である糖尿病にのインシュリン注射による血糖のセルフコントロール、入院理由にもなった低下した下肢機能の増進増強、人工透析に関わる自己管理などの病態適応に関わる課題である。そして痔の手術や大腿骨骨折にも見舞われた。また精神症状発症の事実を突然知らされ患者はショックを受けた。事実を受け入れることも必要と心理臨床者からも直面化を促され、一時自信を失ったが、気丈さも発揮した。

第2に夫婦問題である。これは長い間に出来上がった夫婦の関係図式だけでなく、経済的な問題も関与しているであろうが、患者は入院中にもなんとか夫を改心すべく発破かけるなどしている。夫は数回しか顔を出さず、2年の間に何度か転職もし、行方がわからなくなることもあった。患者はあきらめたような口ぶりもみせながら、夫が現れたり、職に就く動きをみせると応じて活力が湧いてくるかのようなようであった。そして夫が死亡するという不慮の事故は、誰もが予想もしない夫婦間の結末であった。

第3に経済的立て直しが指摘できる。もともと患者家族は経営していた店の借金に追われ、患者は中心となって経済的立て直しを図ろうとしていた。しかしそうしたもともとの願いの形で経済的再建を断念し、入院中に患者は、身体障害者手帳や年金の受給を図り、現状からやり直すことを決意していったのである。

第4に、何処でどのように暮らすか将来の生活設計に関わる課題にも直面している。これは患者一人の意向で解決出来るものではなく単純にいくものではなかった。娘や息子も患者入院中に変遷を辿り、その都度患者は母として心配し、また身動きのとれぬわが身を嘆いた。息子が患者の今後の生活を新たにしようと奔走するが、患者は転居に抵抗感をも示した。しかし、自宅の地理的条件や患者の独居生活の不安などもあった。夫死亡後、自宅に帰ることは断念し、息子と暮らすことを決意したが、そのころ娘も一人身となり、結果的には患者と娘、

息子の3人が家族として新たな土地で一からやり直すという転帰を迎えた。患者は入院中にひとつひとつ難しいことが込められているが以上のような課題に直面し、その解決が迫られたことになる。

人工透析の時間区分から見ると丁度この時期は、第5相の社会適応期に当たる。そのため、多くの人工透析導入患者は、この時期、各人の条件に即した課題に直面していくものと考えられ、患者もその置かれた条件の中で、再適応を強いられたといえるだろう。それゆえ、心理臨床者との接触がなくとも、患者は多くの人々と同様に、この時期を自ら超えていったのではないかと推察される。

患者は最後に「下らないことを沢山話した」と述べていたように、突き放して見ると、何処にでもある日常の誰でも経験するようなことに患者は取り組んでいたことになるかもしれない。

心理面接のなした役割は、意識障害の発生からの快癒にあると言うことは難しい。むしろ患者の人工透析を継続せざるを得ないという生命維持のための前提がある現実の中で、可能な適応様式を現状に即して患者が決定し、行動するに至る経過にその働きがあったと思われる。患者の意思決定を尊重しようという態度を通して、患者の病と現状への再適応を促す役割を心理面接は担っていたと考える<sup>(14)</sup>。

今回は4.2で考察したような事情で心理面接の依頼があったと考えられるが、必要がありながら心理面接導入に至らない多くの人工透析患者が存在すると考えられる。

#### 4.4 総合病院における心理臨床者の役割

総合病院は様々な診療科と専門家が活動しており、その中の一員として心理臨床者も活動している。今回報告した例では心理相談室という他の診療科と独立した部門があり、常勤者が2名いて各々基本領域を持ちながら、独立して心理相談室を担うという体制にあった。この他と独立した心理相談室がなければ、心理臨床者はある診療科のスタッフの一員としてだけ機能することになる。通常、診療科は診療担当医師が統括しており、他の診療科からの依頼はその診療科の担当医師に向けて行われる。それゆえ、この依頼を受けた担当医師の判断は心理臨床者と患者との出会いにとって重要な要因となる、と言える。今回、精神神経科に依頼があったが、この時点で精神神経科医師からの心理臨床者への依頼はなかった。そのため心理相談室が独立して組織上位置付けられていることが、今回の心理臨床者と患者の出会い一つの要因であったと考えられる。

こうしたことから、総合病院の中に勤務している心理臨床者がどのような組織系統の中でどのような立場で勤務しているか、という組織の機構上の位置付けが心理臨床者の役割を作る大きな要因となるといえる。

また、総合病院は他種多様の診療科が配備されているというだけでなく、それは治療形態や治療観、人間観が異なった、それこそ文化の混在とも言える状況にあることを銘記しておく必要がある。今回の場合、患者は、泌尿器科を基本としながらも、整形外科、精神神経科、神経内科、外科、内科、併せて理学診療科、医療相談室、心理相談室などの各種専門領域に関わりをもっていた。各診療科や専門領域は各々一般的に扱う疾患や対象が異なり、患者に対する一般的取り組みについてのタイムスパンも異なっている。こうしたいわば文化差の異なる中で仕事をしていることの自覚が、心理臨床者には特に必要になる。それは、これらの様々な治療文化に適應していくのは他ならない患者本人であるからである。各診療科には各診療科の対象とする疾患や障害の特性に応じた体制や情報収集の仕方、治療方策、体制の再編の仕方がある。それらは高度に専門化され、一方機能の特殊化が起きる。このような中で、患者は各々の診療科の治療の在り方へ適應を迫られるのである。

それゆえ、こうした診療科の持つ文化に患者が主体的に適應していくようになることを支える役割を心理臨床者は担ったと考えられる。

しかし、患者は退院に際して各科の主治医や専門領域の人に自らの必要を訴え、それを満たすように主導的に専門家に対して働き掛けてみせた。それは患者の話から何うことの出来る往年の患者の的確かつ迅速に動くとする姿であった。そういう意味で、患者は最後には自らの対人関係能力を発揮して、患者を中心に形成されていった専門家とのつながりを自らが動かしていったように見えるのである。こういう観点からみると、心理面接の果たした本事例での基本的役割は、患者が本来持っている対人関係能力を、患者自身が総合病院の中の様々な治療スタッフの中で十分発揮できるように支持していくことであったと考えられる。

#### 5.まとめ

総合病院で心理臨床者は、様々な病態の患者に出会う可能性があり、患者の病態を通じて、医師を初めとする様々な医療スタッフとのつながりが生まれる。

今回の人工透析例では、患者の精神症状の発生が起点となり、その症状の鑑別や改善および対応の難しさが、心理臨床者と患者の出会いを生んだと考えられた。この

とき心理臨床者の組織上の位置づけも重要な要因と考えられた。精神症状は身体状態の改善とともに急速に消失したが、そこから患者が可能な適応様式を決定し、行動しようとする中にむしろ心理臨床者の患者への本来の働きがあったと考えられる。

こうした出会いやつながりや連携が時系列的に生まれ変遷していくリエゾン事態に即して、心理臨床者は自らの役割探索していく。心理臨床者の職の基本にはこのような役割の探索過程があると言える。今後さらに事例研究を重ね検討することが総合病院での心理臨床には求められている。

引用文献

(1)前田 潤、狩野 陽、総合病院に於ける心理臨床 -'liaison' psychologyの構築に向けて-,日本心理学会第59回発表論文集,(1995),p244.

(2) 春木繁一,日本におけるサイコネフロロジーの現状と今後の課題,精神医学,38巻,9号,(1996),p910-p920.

(3) 現代精神医学体系14,尿毒症,「症状精神病」,中山書店,(1976),p161-p182.

(4)堀川直史他,人工透析と精神障害-その現代的問題-,精神科治療学,5巻,4号, (1990),p505-p514

(5) 臨床精神医学講座17,サイコネフロロジー,「リエゾン精神医学・精神科救急医学」,中山書店,(1998),p131-p139.

(6)浅井昌弘・仲村禎夫,腎透析の際にみられる精神障害,臨床精神医学,17巻,10号, (1988) ,p1445-p1449.

(7)森 則夫,人工透析療法の経過中に多彩な精神症状を呈した1女性例,臨床精神医学,24巻,12号, (1995) ,p1641-p1647.

(8)加藤伸勝,Liaison Psychiatry,精神医学,1.9巻,(1977) ,p202-p203.

(9)田代信雄 他,<座談会>コンサルテーション・リエゾン精神医療,臨床精神医学,第25巻,12号,(1996),p1419-p1432.

(10)上島国利,Consultation-Liaison Psychiatry-特集にあたって,精神科治療学,5巻,4号,(1990),p457-p458.

(11)春木繁一,人工透析と幻覚-リエゾン精神医学の立場から,臨床精神医学,第27巻,7号,(1998),p923-p933.

(12)福西勇夫他,人工透析患者の心理学的側面(第2報)-MMPI Alexithymia Scale と General Health Questionnaire(GHQ)による比較研究,心身医学,第30巻,第2号,(1990),p131-p135.

(13)福西勇夫,人工透析患者への家族を含めた心身医学的接近-透析の自己管理と失感情症との関連より-,心身医学,

第31巻,第2号,(1991),p109-p115.

(14)前田潤・狩野陽,面接に現れる症状軽快の転機-人工透析患者にみられたせん妄と妄想の発現及びその解消過程-,日本心理学会第58回大会発表論文集,(1994),p239.

謝辞  
 本論文を提出するに当たり、伊達赤十字病院の諸先生、諸兄諸氏、そして患者としてお付き合い下さったX氏に感謝いたします。そして、心理臨床活動を支え、絶えず学燈を灯し励まして下さった現札幌学院大学学長で北海道大学名誉教授であられる狩野 陽先生に感謝すると共に、この論文提出を許して下さいました室蘭工業大学諸先生、認知科学研究会の諸先生に感謝を申し上げ稿を終えさせていただきます。