
夫婦間生体腎移植後、生活背景の変化した患者への心理的支援の検討

相庭結花¹⁾、伊藤 歩¹⁾、瀬田川美香²⁾、立原恵里子³⁾、山本竜平⁴⁾、藤山信弘⁵⁾、
羽瀨友則⁴⁾、佐藤 滋⁵⁾

秋田大学医学部附属病院 看護部第二病棟 2階¹⁾、
秋田大学医学部附属病院 看護部地域医療患者支援センター²⁾、
秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室³⁾、
秋田大学大学院医学系研究科 腎泌尿器科学講座⁴⁾、
秋田大学医学部附属病院 腎疾患先端医療センター⁵⁾

Psychological support for a recipient changed life backgrounds after spousal unrelated living kidney transplantation – a case report.

Yuika Aiba¹⁾, Ayumu Ito¹⁾, Mika Setagawa²⁾, Eriko Tachihara³⁾,
Ryohei Yamamoto⁴⁾, Nobuhiro Fujiyama⁵⁾, Tomonori Habuchi⁴⁾, Shigeru Satoh⁵⁾
Department of Urology, Akita University Hospital¹⁾
Consultation Support Center, Akita University Hospital²⁾
Career Support Division of Nursing, Akita University Hospital³⁾
Department of Urology, Akita University Graduate School of Medicine⁴⁾
Center for Kidney Disease and Transplantation, Akita University Hospital⁵⁾

<緒言>

本邦で2018年に施行された生体腎移植の調査では、生体腎ドナーとレシピエントの関係性は配偶者が41.6%と最も多い。本谷は「移植手術は身体的にはもちろんのこと、心理社会的にも負担が大きいいため移植手術前と手術後の両面で、レシピエントのメンタルヘルスに多大な影響が及ぶ¹⁾と述べている。また、吉井は「家族内というのは通常は外側からみることができない閉鎖空間であるため、その中で行われる生体腎移植は、家族力動の変化がさらに複雑になると思われる。そのため生体腎移植においては術前・術後だけでなく、家族力動の変化という視点をもった継続して行うメンタルケアが有用であると考えられた。」²⁾と報告しており、生体腎移植患者、特に夫婦間の移植では、定期的なメンタルヘルスケアの重要性が指摘されている。しかし、当院には臨床心理士がいないため、レシピエント移植コーディネーター (Recipient Transplant Coordinator : 以下RTC) がメンタルケアを行っているのが現状である。

今回我々は、生活背景の変化・夫婦関係のこじれから怠業という行動に陥った腎移植後の症例に

遭遇した。本症例を通し、レシピエント、ドナーの悩みや不安などに早期介入ができていれば怠薬を防ぐことができたのではないかと考え、今後の心理的支援のあり方を再検討することを目的とした。

<症例>

レシピエントA氏：60代 男性

原疾患：糖尿病性腎症

既往歴：糖尿病、網膜症、変形性膝関節症

ドナー：60代 女性、レシピエントの妻

臨床経過：

夫婦間生体腎移植術を施行してから3年間、定期的にRTCが面談していたが、夫婦関係や健康行動に問題がないように思われていた。移植後3年7ヶ月で拒絶反応の治療入院した際にも、気になる言動はみられなかった。しかし、妻との口論をきっかけに外来通院が途絶え、怠薬に至ってしまった。その後2週間で体調不良となり、当院外来を予定外受診した。S-Cr8.99mg/dlまで上昇し、退薬による急性拒絶反応の診断で緊急入院となった。入院後RTCが面談を行い、なぜ退薬という行為に至ってしまったのか経緯を調査することで様々な心理的葛藤があったことが明らかになった。そこでJonsenの臨床倫理の4分割³⁾を用いA氏の状況の整理を行い、課題を明らかにして支援の在り方を検討した。

<考察>

A氏の状況を整理したJonsenの臨床倫理の4分割を表1に示す。A氏は移植をして仕事を続けていけることを期待していた。しかし移植後、元々ある糖尿病性網膜症による視力低下の進行や変形性股関節症によりADL (Activity of Daily Living) が低下し、仕事の継続が困難となった。仕事という生きがい消失し、生活や金銭面で妻を頼らざるを得ない状況となり、本人の思い描いていた移植後ライフプランの理想と現実が乖離し思い悩んでいた。それらを周囲に相談できず、家族にも迷惑をかけたくないと感じていた。「自分が必要とされず生きる意味がなくなった」と自分を追い込んでしまうような気質や精神状態が伺え、自己肯定感の低下もあった。

また、成人看護学の分野において60歳から64歳を向老期と区分しており、この時期は「心身の明確な老化現象を感じ、変化していく身体に適応するとともに、退職、再就職など人生の転機となる出来事を迎え、経済的基盤の変化にも適応が求められる」「いくつもの場面で喪失を体験し、新たな関係性と役割の構築を行う」⁴⁾と示されており、精神的不安定になりやすい時期であったと考えられる。そういった状況の中、妻との口論が引き金となり、健康行動に影響を及ぼしてしまったと考えられた。

過去の移植関連論文で、健康行動や服薬アドヒアランスは精神的QOL (quality of life) に関係することが明らかとなっている⁵⁾⁶⁾。渡邊らは、「移植後人生に対する受け止め方の不満は、1. 腎臓・健康などの身体的状況、2. 家庭環境、3. 医療・友人・他人からのサポート、4. 家族や社会の

中で役割を果たす能力の4カテゴリーのいずれかに分類された」⁷⁾と述べているように移植はメンタルヘルスに影響を与えるリスクが高く、多職種で患者・家族を支えるような環境整備を行うことが心理的支援に繋がると考えた。そのためには、各時期で患者の意向を確認し多職種で情報共有をする必要がある。

表1 Jonsenの臨床倫理の4分割 状況整理

<p>医学適応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫婦間生体腎移植後 ・免疫抑制剤怠薬による急性拒絶 ・パルス療法、透析療法が必要 ・糖尿病、網膜症、変形性股関節症の既往 ・視力低下、杖歩行 	<p>患者の意向</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仕事継続と子供が若いことから移植を希望 ・仕事をやめ無職になり自分が必要とされず生きている意味がなくなったと思った ・妻と喧嘩し夫婦の会話も減り軽蔑されていると思った ・怠薬で拒絶を起こし透析を拒否すれば死ぬと思った <li style="text-align: center;">↓ ・大変なことをしてしまった ・自分が妻を追い詰めてしまった ・娘に辛い話はしたくない
<p>QOL</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視力低下が著しいとどんどん動けなくなった ・仕事を辞めて無職になった ・仕事が生きがいだった ・家族がいないと食事しないこともあった ・家にこもりがちでストレスがたまる 	<p>周囲の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻、娘、義母との4人暮らし ・生活保護受給 ・主な収入源は妻（アルバイト） ・妻が薬の管理や食事の準備、受診の送迎

表2 Jonsenの臨床倫理の4分割 疑問点・課題、介入支援の検討

<p>医学適応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・怠薬の影響はどこまで改善するのか ・今後どのような影響を及ぼすのか ・内服管理、健康管理はどうしていくか ・ADLはどの程度、維持向上できるか ・薬剤師と連携した薬剤指導 ・受診が継続できる体制づくり ・健康管理行動の確認 ・リハビリの検討 	<p>患者の意向</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人のライフプランの理想と現実がどの程度乖離しているか ・怠薬に対する不安はなかったのか ・家族以外の相談相手はあるか ・今後の意向について ・本人の理想としていたライフプランの確認と情報共有 ・相談窓口の紹介 ・本人の意思を尊重した関わり ・免疫抑制薬を内服していくことへの思い
<p>QOL</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな役割の獲得は可能か ・生きがいとなるものはあるか ・本人の自立能力は ・生きがいの模索 ・自立支援 	<p>周囲の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の意向 ・家族以外との関わりはあるのか ・経済的支援 ・医療・福祉サービスの利用状況 ・義母の介護状況 ・メディカルソーシャルワーカーと協働し医療福祉サービス利用に関する介入 ・家族への支援

それらを踏まえたうえで、今後のRTCの介入支援方法についてJonsenの臨床倫理の4分割に戻り再検討した（表2）。その結果、①家族やキーパーソンへの退院指導や外来指導、②多職種と協働した指導や相談支援、③受診継続のための支援、この3点を充実させることの必要性が明らかになった。そのため①情報共有ツールの見直し、患者・家族への指導内容の再検討、②介入患者選定

のフローチャートの活用、理学療法士・作業療法士とのリハビリ支援、指定薬局との連携、③安否確認、残薬確認、受診日の調整、といった部分を中心にRTC業務の整備を進めていきたいと考える。

さらに、当院では専従のRTCがおらず対応方法が曖昧になっている部分があるため、看護の継続性や質の向上が課題である。今後はフローチャートを用いることで問題点を明確化し、メンタルケアを行う必要がある患者の選定と多職種介入をスムーズにできるシステムの構築を目指し、心理的支援体制の整備を行っていきたい。

<結語>

移植後の生活背景の変化・夫婦関係のこじれから怠薬という行動に陥った症例に遭遇し、腎移植患者への今後の心理的支援のあり方を再検討した。

移植後のライフプランの理想と現実の乖離は精神的な苦痛となり、健康行動へ影響を与える可能性がある。よって、移植患者のみならず家族やキーパーソンも含めた支援がより重要となる。今後、更なる支援体制の整備を行い、患者のサポートを強化していく必要がある。

<利益相反>

本研究に関連する開示すべき利益相反はない。

<文献>

- 1) 本谷 亮：生体腎移植におけるレシピエント、ドナーのメンタルヘルスの現状と課題、心身医 58：709-714、2018.
- 2) 古井由美子：生体腎移植によって家族力動が変化した夫婦の事例、心身医 58：267-273、2018.
- 3) Jonsen AR, Siegler M, Winslade William著、赤林 朗、大井 玄（翻訳）：臨床倫理学、新興医学出版社：P215、1997.
- 4) 林 直子、山田 緑、平石典子、他：看護学テキストNiCE成人看護学 成人看護学概論 改訂第2版（林 直子、鈴木久美、酒井郁子、梅田恵編）：P2-29、南江堂、東京、2014.
- 5) 池田直隆、河野あゆみ：腎移植患者の健康習慣と服薬アドヒアランスおよび腎機能とQOLの関連、日本看護化学会誌 Vol38：365-373、2018.
- 6) 小林清香：腎移植患者の免疫抑制剤服薬アドヒアランスをめぐる課題、心身医 58（8）：715-719、2018.
- 7) 渡邊久美、林 優子、中西代志子、他：腎移植後に人生の受け止め方が低下した3事例の分析、岡山大学医学部保健学科紀要：1051-1056、1999.