

— コ・メディカル・レポート —

知的障害を有する透析困難症例の一経験：

～医療ソーシャルワーカーの観点から～

澤井 彰, 畠山 稔, 小野 幸治
石戸谷 滋人, 白戸 陽一*, 上田 一気**
秋保 直樹***, 中山 謙二***

要旨：知的障害を有する透析困難患者の一症例を経験した。そして医療ソーシャルワークの関りを通じて感じた、生命倫理の在り方に関する考察を行った。

症例は、知的障害の透析患者で、従来の透析施設の医師・看護師に対して暴言・暴力行為を働いたことから維持透析施設に通院できなくなり、ついには県内全ての透析施設の受け入れが困難となった。保健所長からの依頼があり、当院で何度か透析したが、結果的に他県の入院透析施設に転医して、亡くなった。患者としては自らのこだわり（アニメキャラクターのお面をかぶり、街のパトロールが出来なくなる等）への否定に憤りを感じており、他県透析施設につなぐのにも非常に苦慮する症例であった。

本症例は、知的障害や精神障害患者、重度認知症患者への透析導入や透析中止の問題に関して考えさせられる契機になった。クレアチニン値の上昇だけで安易に透析導入を考えるのではなく、あくまでも患者の社会生活全体に焦点をあてた医療の在り方が求められると考えられた。

はじめに

透析患者は年間1万人ペースで増加しており、透析技術の進歩により長期生存も可能になった。しかし、透析（以下、HD）のための頻回な通院や食事・水分制限による日常生活の制約、高齢化・合併症の増加による介護の問題等、抱えている生活課題は決して軽減されていない。

仙台において透析患者は以下のような問題点を抱えている。①入院透析が可能な病院・有床診療所が少ない。②介護老人保健施設への入所が原則困難なため、療養先が限られる。③急性期病院からの転院に時間を要する。透析を行いながらリハビリテーション可能な医療施設は数ヶ所に限られるため、長期臥床による廃用症候群、転倒

による骨関節疾患など、一度低下してしまったADLを回復させることが難しい現状もある。

このような背景を踏まえて、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）は長期にわたる透析患者との関わりをベースに、患者に寄り添い共鳴しあう関係を築いて、彼ら彼女らを心理社会的側面から支える責務を担っている。

本報告では、知的障害を有する透析困難患者の一事例をもとに、MSWとしての対応を通じて感じた後方支援の課題を明らかにし、今後の対応方法を考察する。

症 例

患者：63歳男性（以下、A氏）。独居、生活保護受給中である。生育歴としては、小学校・中学校の普通学級を卒業後、塗装業、日雇い、土建業を転々としていた。A氏は学生時代を振り返り、「学生時代の成績はゼロで、学校には行かず、番長として子分を何百人も連れていた」と話す。

仙台市立病院総合サポートセンター

*同 救急科

**同 精神科

***同 内科

病歴：H22年に糖尿病性腎症由来の慢性腎不全のため、仙台市内他院にて透析導入となり、以降B病院にて維持HD施行していた。前医では、IQ 50～60程度の知的障害と診断されていたが、比較的良好に周囲との関係構築が出来ていた。

しかし、H28年に有料老人ホームを退所し、アパート暮らしを始めてからは、金銭管理が困難となり、その頃から精神状態の不安定さが目立つようになった。具体的なエピソードとしては、主治医や看護師に対し、HD中に「殺すぞ」と叫び、医師に肘打ちしたために警官に連行されたという出来事があった。そのため、B病院でのHD受け入れ困難となってしまい、透析の継続が困難な状況を自ら作ってしまっている。

A氏は、生活保護の金銭管理が出来ずにギャンブルに使ってしまうこと、アニメキャラクターのお面をかぶり市内を徘徊することから、行政（保護課）でも対応困難なケースとされていた。そのため、行政機関が外来透析施設を選定するのは非常に困難であり、保健所長より当院に診療依頼があった。以上の経過からH28年8月、当院で救急外来受け入れがなされ、HDについては「ICU入院→HD→同日ICU退院」という形態で3回にわたり当院でHD施行した。

ソーシャルワーク支援

MSWの関わりとしては、精神科医師やPSW、行政機関とも連携し、A氏の今後の療養先の選定を試みた。しかし、県内の透析施設で精神疾患を受け入れ可能な医療機関は少なく、満床のため受け入れ困難との事であった。そのため、近隣のC県D病院（療養型病床あり）に打診したところ、受け入れを検討するとの事だった。早速、同院MSWが実態調査の目的で来院、面談した。しかし、A氏より「お面をかぶって町のパトロールが出来なくなる。」「好きなことができないから行きたくない。」等、強い拒否反応があった。D病院としてもA氏がそのような状況であれば受け入れが難しいとの返答で、透析施設の選定は振り出しに戻ってしまった。

A氏にD病院での入院透析を勧めてからは、

当院から見捨てられたと考えたのか、当院への足が遠のき、他の医療機関に予約なしで直接行ったりにしていたようである。しかし、他院でも予約なしでは透析を受けることはできず、透析難民状態になっていた。

ただし、A氏は透析をしないことは死に直結すると理解しており、最終的には、自力でC県まで行き、D病院に救急搬送された。以降、長期入院透析の運びになった。その後、状態悪化により呼吸器管理となり、D病院にて死亡した。

考察・課題

筆者はこれまでの患者へのソーシャルワークを通じ、宮城県においては、知的障害や精神障害を有する透析患者の受け入れ体制が構築されていると感じていたが、実際はまだまだ透析医療のネットワークが不十分であると、認識を改めた。今後、重度の認知症高齢者や精神・知的障害者が透析導入となった場合、「どこで、どのように療養するのか」は県全体で考えていくべき課題である。

一つの医療機関が全方的に対応していく時代は終焉を迎えつつある。機能分化が叫ばれている今だからこそ、県内の医師、看護師、臨床工学技士、そしてMSWらが一堂に会し、情報交換できる場が定期的に求められると考えた。更には、患者会などの当事者団体も巻き込み、「上辺だけではない語りの場」があっても良いのだと考えられた。

最近では「ケア・カフェ」に代表されるようにワールドカフェ形式のグループワークが地域ケア会議の中で取り入れられているが、透析医療においても支援者が気軽に相談したり、情報交換できる場が必要なのではないだろうか。

また、本事例を通じて、透析患者の生命倫理に関して再考するきっかけとなった。今後、人口減少と高齢化がさらに進展していく時代だからこそ、「クレアチニン値が上昇したから、HD導入」と短絡的に考えるのではなく、患者のQOLを第一に考えて治療方針を決めていくことが重要なのではないだろうか。そして、「透析の差し控え」や「透析の中止」に関しても慎重に議論を重ねて

いくことも必要である。

医療 (HD) で生命を守り, 福祉で生活を支える,
そういった好循環を構築できるよう, 我々 MSW

も福祉の専門家として一助になっていければと考
える。