

ン投与後の眼球摘出では出血傾向にあるので摘出後の処置に留意しなければならない。DICに至るケースでは、血液凝固の為に血小板を消費し、その値が以上に低下することが多い。

10) 肝炎：肝炎に関しては移植医療で常に議論されている分野である。B型肝炎は感染した場合に激症肝炎となり死亡することもあり絶対的禁忌である。C型肝炎に関しては、その感染力が弱く、これまでの研究でも角膜の細胞自体からは検出されない上、万が一感染しても最悪の場合、肝癌に移行するのに20年はかかるとされており、特にC型肝炎の患者には使用を認めるべきとの意見もある。

11) 狂犬病(Rabies)：狂犬病は現在、わが国で下火になっているとは言え、撲滅されたわけではない。また、狂犬病は角膜移植で感染することが科学的に証明されており、感染した場合には、レシピエントに致死的な疾患である。

12) 白血病(Leukemia)：白血病には、大別して骨髄性とリンパ性があり、さらに急性と慢性に分けられる。カルテには略語で書かれていることが多い。AML(M0~7)、CML、ALL、CLLなど書かれていたりする。すべての白血病は使用禁忌である。

13) Hodgkin病：悪性リンパ腫(malignant lymphoma)の一種である。日本ではnon-Hodgkin lymphomaのほうが多い。

14) リンパ肉腫：悪性リンパ腫(malignant lymphoma)の一種の非ホジキン病の一種であるが、現在この名称は用いられていない。LSG分類では、びまん性リンパ腫の小細胞型がリンパ肉腫の分化型、中細胞型が未分化型に相当する。リンパ芽球型はそのままリンパ芽球型として扱っている。

15) Wassermann氏病：梅毒(Wa氏)スピロヘータの感染であるが、近年の研究では3日間以上OptisolGS[®]に4℃保存した場合に、感染力が消失していることが報告され、米国でも医学基準から除外される事になった。わが国でも、梅毒により破棄される角膜が平成9年度

でも存在することから、本件を加味して使用禁忌を再考することが求められる。

16) AIDS：エイズ患者から献眼された角膜が、米国で誤って移植された例が報告されているが幸い、感染した兆候は無かった。HIVウイルスの感染力は非常に弱く、強角膜切片保存液中におかれた角膜組織から感染することは、医学的にも確率が低いだろうと言われているが、可能性がないと断定されたわけではない。従って、その証明が科学的になされるまでは、使用禁忌として扱わなければならない。特に、感染初期においては、通常の血清学的検査で行われている抗体を検出する方法で抗体を認識するまでに、感染から約3週間かかっている。そのため、医療機関で行われた検査結果を使用する場合には、その検査に使用された血液の採血日が、眼球の提供の日からさかのぼって3カ月以内であることと同時に、採血日前3週間以内に輸血や血液製剤の投与がなかったかを確認しなければならない。

17) AIDSのハイリスクグループ：（麻薬常用者・同性愛者・売春婦・血友病患者など）バンクとして得られる限りの情報を入手することを重要であり、米国では食品医薬品局（FDA）により、アイバンクは提供者の家族に麻薬や同性愛、売春等のインタビューを行うことが義務づけられ、バンクとしてはその対応に苦慮した経験がある。わが国ではプライバシーの問題と、国民の移植医療や感染症、特にエイズに関する理解がまだ浅くこの点を家族に問い合わせることは難しい上、正確な情報を得られる確立は低いと思われる。従って、ドナーの腕や脚に注射痕を確認したり刺青のあるドナーの場合には十分注意することが必要である。

18) 内因性眼疾患：（網膜芽細胞腫・虹彩炎・緑内障・角膜疾患・前眼部悪性腫瘍）

19) HTLV-1：成人T細胞白血病を引き起こすウイルスで、わが国でも家系により多発する場合がある。致死的症状に発展するため注意を要する。ただし、HTLV-2に関しても同様のことが言えるが、現状の検査ではHTLV-2の抗体検査で信用度の高い方法が確立されていない上、現行のHTLV-1の抗体検査方法でもかなりの確率でHTLV-2の抗体が検出されている。このため、HTLV-2の検査法が確立するまでの緊急避難措置として、HTLV-2は「注意を要する項目」に入れられている。

その他の疾患：

MRSA（メシチリン耐性黄色ブドウ状球菌）：特に長期間入院を経験したポテンシャルドナーで、MRSAが検出された場合には、注意を要する。検査の方法に起因しているが、ドナーの痰から検出されている場合も少なくないが、呼吸器系にMRSAが存在する場合に、使用禁忌とはされていない。しかし、呼吸器系にMRSAがある場合に、口唇や唾液を介して眼球、特に結膜にもMRSAが増殖していることも充分考えられる。現時点の検査体制で献眼時に細菌検査を行うことは困難で、特にMRSAの簡便な検査法が確立し、検知精度が高まれば眼表面からのスクリーニングによる検証が可能になるが、現段階ではドナーの状況を詳細に分析しアイバンクのメディカルディレクターに最終判断を委ねるべきである。末期癌の患者などで生前の早期から献眼を希望しているポテンシャルドナー等に関しては、現在でもいくつかのアイバンクで生前の細菌検査を承諾の元を実施している。この場合に、ポテンシャルドナーの入院している医療施設が患者の保険で行っている場合も少なくないが、医療機関や患者の負担を考慮して、なるべくアイバンクで行う方向で医療機関と協議するべきである。本来の血液培養では、結果がでるまでに4～5日程必要である。

（無断転載を禁ずる）

アイバンクコーディネーターマニュアル

精神科学的要綱

三村 將

東京歯科大学市川総合病院精神神経科
〒272 市川市菅野5-11-13
TEL 047-322-0151
FAX 047-325-4456
E-mail mmimura@mb.infoweb.ne.jp

I. はじめに

いま、死に瀕している伝染病の患者が5人いるとする。しかし、特効薬のワクチンがここに1人分しかない。5人のうち、ひとりは大金持ちでそのワクチンを買うためにいくらでもお金を出すと言っている。もうひとは高名な外科医で、その命を失うことは間接的に多くの人の死を意味する。ひとはどのみち余命が長くない末期癌の患者、あとは生まれたばかりの赤ん坊とその母親である。あなたがこの5人の患者のうち、誰かひとりにワクチンを打つ立場に置かれたとしたら、いったい誰を選ぶか、あるいは誰も選ばないか。

昨年末、香港のトリ新型インフルエンザ(H5N1)が大流行するとの憶測が飛び交い、上記の寓話はにわかに現実味を増した。もし、1918年のスペインかぜや1957年のアジアかぜクラスの大流行が起きると、日本の現状ではワクチン製造はまったく追いつかず、誰に先にワクチンを打つかでパニックに陥る恐れがあるという。実際、ワクチン接種をはじめ、緊急時の治療の優先順位を職種によって決めている国もあると聞く。

それはともかく、いわば「医の倫理」の在り方をめぐる、このような挿話は枚挙にいとまがない。例えば、国立循環器病センターの川島康生先生は学生に次のような話をすると言う。

「医師免許証をもらって遠隔の地に赴任したとする。そこには人工呼吸器が1台しかない。しかし、そこに人工呼吸器を必要とする患者が2人同時に来院した。その場合、平等ということから考えるとどちらも同じである。どちらか1人につけると不平等だから、どちらにも人工呼吸器はつけなくて2人とも死んでもらうこととした。これが正しいかどうか。1台人工呼吸器があれば、やはり2人のいずれかにつけるのが当然ではないか。」

多分、そうであろう。それでは、どちらの人につけることにするのか。また、それをどうやって決めればいいのか。ひとりが不慮の事故にあった若い健康な女性で、もうひとりが若い先短いお婆さんならば、若い女性に呼吸器をつけるであろう。しかし、そのお婆さんが自分の母親であったらどうか。

この種の「医の倫理」に関する問いには絶対の正解があるわけではない。むしろ、人それぞれで答が違って当然とも言える。しかし、現実にかような事態に立ち至ったら、自分ならどう行動するかを普段から考えておく必要がある。いかなる医療の現場でも、大なり小なり、人の生死に関わる判断が常に求められている。医者が白衣を着ているのは、裁判官や司祭がガウンを身にまとっているのと同様に、本来、神の手に委ねるべき仕事を人が代理をし

ていることの贖いであるという話を聞いたことがある。ことに移植医療では生死の問題を避けて通ることはできない。救急医療や終末医療（ターミナルケア）と並んで、移植医療はいわば人の死をめぐる「医の倫理」の最前線に立たされている。脳死問題に象徴されるように、現代の医学の進歩は人の死生観や哲学を根本から揺るがしてきている。移植を希望する人の数に対して、移植可能な臓器の数はそもそも不足している。上に挙げた2つの挿話は移植現場では日常の出来事であろう。移植に関わるすべての人々、特に日本ではまだ十分に確立されていないが、移植コーディネーターという仕事は常にこのような「医の倫理」や死生観を問われていると言える。

人は2つの形で死に直面する。すなわち家族や愛する人と死に別れるという形と、自分自身の死に向き合うという形である。この2種類の死に際して、人はいったいどのような心理過程を生じるのであろうか。コーディネーターとは文字どおり、この2つの死に直面した人どおしを橋渡しする職種であり、この双方の死に関連した心の動きを理解しておくことは大切であろう。

II. ドナーの家族側の心理的問題

1. 家族の死をめぐる一般的な心理過程

人はライフサイクルのなかでいつも何かを失い、何かを手に入れて生きている。その意味で人はさまざまな対象喪失 object loss を体験し続けているが、このうち家族や身近な人、愛する人との死別は最も重大でストレスとなる対象喪失であると言えよう。ホルムスとラーエは人生に影響を及ぼすような重要なライフイベントのストレスの値を計量化することを試み、このなかで「配偶者の死」には最もストレス値の高い100点を、また「親密な家族の死」には63点を与えている。

近親者の死に直面した場合、残された者は一連の情緒的な反応を経験する。従って、コーディネーターは臓器を提供するドナーの死に接して、その残された遺族の喪失体験を目のあたりにすることになる。喪失体験と、それに引き続く心理過程には、ある程度まで共通するパターンが見られるが、ここではフロイトの概念に基づき、小此木が提唱した対象喪失理論を中心に話を進める。

小此木は一連の過程を対象喪失と対象喪失反応、そして悲哀の仕事（喪の仕事とも言う）mourning work とに分けた。すなわち、対象喪失とは近親者の死など、対象を失うという

出来事そのものであり、それに対する急性の心理的な反応が対象喪失反応である。さらに、対象喪失反応に引き続く心理的なプロセスが悲哀の仕事と呼ばれている。

喪失体験は分離体験とは区別されることがポールビーによる乳幼児の母子分離の研究からも知られている。すなわち、分離とは一時的な不在であり、これに対して、喪失とはいわば、分離（不在）が永久的になった状態のことである。対象喪失が起きると、まず急性の対象喪失反応が生じる。これは普通、急性の不安状態やパニック状態である。これとは反対に、強い情動的衝撃によって、一時的に現実感覚が麻痺状態に陥り、外界に対して関心を示さなくなることもある。これは一種の心の防衛機制であると考えられる。

急性期の反応に引き続いて、対象喪失に伴う心のバランスの崩れを修正しようとする、よりゆっくりとした悲哀の仕事と呼ばれる心理過程が展開することになる。ポールビーはそれを(1). 抗議 protest、(2). 絶望 despair、(3). 情緒的な離脱 detachment の3段階に分けて考えている。

(1). 抗議の段階

これは、対象が不在の状態になっているが、まだ喪失としては捉えられていない段階である。言い替えると、自分の愛情の対象が存在しないことが永続するという現実を受容できず、それを否認している段階である。愛する人の死を受け入れることができず、「死ぬはずがない」「うそである」などと事実の受容を否定しようとする。このような心理的反応の裏には、対象との分離不安が存在しており、そのために、失った対象を探し求めようとする心が働くのである。

(2). 絶望の段階

次に、亡くなった近親者がもう永久に戻ってはこないという現実を認めざるを得なくなる段階が訪れる。これを認めていくことにより、家族は自分自身が崩れ去るような体験をし、悲嘆 grief や絶望、不安感などの強い情動の動きを体験する。その反応が行動面にも現われて落ち着きがなくなったり、反対に活気がなくなったりする。

抗議の段階と絶望の段階とははっきり区別されるものではなく、むしろお互いに重複しながら、より抗議の強い状態からより絶望の強い状態へと徐々に段階が完成されてくる。このことをエンゲルは"giving up - given up complex"という概念で表現している。「失いつつ

ある部分 giving up part」とは、対象をあきらめようとしてもあきらめきれない部分を指し、「失ってしまった部分 given up part」とは、対象をあきらめてしまった部分を指す。抗議の段階から絶望の段階へと進むとき、心の中ではこの両者が混ざり合って、「失いつつある部分」が減っていき、「失ってしまった部分」が増えていくと考えられる。

もともと悲哀のプロセスには、悲しみとともに、不当な苦しみを負わされたという怒りの感情が内在する。従って、抗議から絶望へと進む間に、さまざまな形でこの怒りの感情が現われる。事故や急病による突然の死の場合には、ことにこの感情が強く認められることになる。交通事故や事件の加害者といった直接怒りを向ける対象がいる場合もあるが、運命や神を呪う場合もある。内罰的な性格の人の場合、怒りの対象が自分自身に向けられ、「何もしてやれなかった」、「あの時こうしていれば」などと後悔し、自分を責めることもある。このタイプの人には抑うつ症状が長引きやすい。

一方、外罰的傾向の強い人の場合、周囲の人々に対する敵意という形でやり場のない感情をぶつける。この際、敵意の対象となる人に必ずしも原因があるとは限らない。葬式の席でおしゃべりをしていた知人や、電車に乗り合わせた幸せそうなカップルにまで、怒りが向けられることもある。死に臨んで関わり始めた病院や医療スタッフは、ことにその対象になりやすい。このような敵意や非難は多くの場合、非合理的なものであり、ほとんどの人では次の離脱の段階に移行するにつれ、消退していく。敵意を向けられた人は過敏に反応せず、根気よく理解と思いやりを示すことが重要である。

(3). 情緒的な離脱の段階

悲哀の仕事の最終段階では、失ってしまった古い対象に対する愛着が失われたり、その愛着の内的変革が生じる。それに伴って、新しい対象が発見される。そして、その新しい対象との関係を軸として、心の体制が再編成され、対象喪失に伴う心の傷も徐々に癒されてくる。この段階は言わば、適応の段階とも言える。

さて、以上の一連の悲哀の仕事がうまく進まないとき、何らかの精神的問題が禍根を残すことになり、精神科的治療を要することも多い。東京歯科大学市川総合病院精神神経科を最近、初診した患者を例にとりて見ても、夫の死後にうつ病になった64歳女性、姉の死後に拒食症になった28歳女性、妻の死後にアルコール依存症になった43歳男性など、多種多様である。悲哀の体験は人の情動をとくに奇異な形で動かす。弟を急性白血病で失った34

歳の男性の例では、自分の取りしきった葬式が終わった後、まったく眠気が起きず、自分には何でもできるような万能感が芽生えた。肉親の死による強烈な悲しみの体験が逆にこのような一種の精神的な高揚や興奮・多動状態を引き起こすことを「喪の躁病」と呼んでいる。

2. 家族の死をめぐる心理過程の多様性

悲哀の仕事はある程度、万人に共通している部分が多いが、一方で、さまざまな要因の影響によって、固有の悲哀が形造られる。例えば、デーケン¹は先に述べた3段階の悲哀のプロセスをさらに細かく、(1). 精神的打撃と麻痺状態、(2). 否認、(3). パニック、(4). 怒りと不当感、(5). 敵意と恨み、(6). 罪意識、(7). 空想形成、幻想、(8). 孤独感と抑うつ、(9). 精神的混乱とアパシー（無関心）、(10). あきらめ—受容、(11). 新しい希望—ユーモアと笑いの再発見、(12). 立ち直りの段階—新しいアイデンティティの誕生、といった計12の過程に区分している。このうち、(1)から(4)の過程や(10)から(12)の過程はおおむね既に述べた一般的モデルに組み込まれ、時間とともに徐々に進展していくと考えられるが、(5)から(9)の過程は必ずしも誰もが経験するとは限らない、個人差のある部分と言える。

このような悲哀の個人差に影響する要因として、小島は表1に示すような諸点を挙げている。一般に、対象との関係が深く、対象の死が急で、予測困難であり、死が本人にとっても無念であれば、残された家族の悲哀もそれだけ強いと考えられる。反対に、悲哀を軽減する条件としては、故人が親しみのある状況の中で、可能な最善のケアを受けて亡くなり、さらに死別への準備期間があったと感じられることであろう。ホスピスで十分なケアを受けて死亡した患者の家族が、一般病棟で死亡した患者の家族よりも悲哀が軽いとする報告がある。対照的に、罹病期間が短い患者の家族は、長い罹病期間を持った患者の家族に比べて、怒りや敵意が強く、死への不公平感を体験していたと報告されている。

3. ドナーの死という特殊な状況への理解

臓器移植においては、悲哀のプロセスもやや特殊な形をとる。例えば事故で急死した健康な青年など、むしろ死とは縁遠かった人ほどドナーとして好適となる。逆の面から言えば、悲哀の大きい家族ほど、まさにコーディネーターが接する対象となりやすいという一種のジレンマが存在する。

また、ドナー自身が生前に臓器提供の登録をしても、家族がそのことを知らなかった

り、その問題を十分考えていなかったような場合、家族は突然に故人の臓器提供を承諾するか、否かという重大決定を下さなければならない立場に置かれる。ともすれば現実逃避や退行に陥りやすい、悲哀プロセスの初期において、このような重大決定を求めるのは強いストレスとなり得る。

しばしば、故人の臓器を失うことに対して改めて不安が生じてくる家族もいる。理屈ではわかっている、実際に死に直面すると、遺体を傷つけない、とか少しでもはやく遺体を家に帰したい、などといった心理が働くこともある。

4. 家族に対するコーディネーターの対応

ドナーの遺族と接するにあたり、コーディネーターはまず、表1に挙げた悲哀に影響する要因について、担当の医療スタッフから可能な限り情報を集めておくべきである。ドナーがどのような形で死を迎えたか、ドナーや家族の闘病の様子、家族の面会の状況などを通じて、家族の悲哀のプロセスに何か特別な問題が生じる可能性がないかを把握しておく。

実際の家族との面接に際しては、お悔やみの言葉やコーディネーターの自己紹介、さらに臓器移植の説明を行うことを通じて、既に得ている家族の情報を再確認したり、ドナーと家族との関係を理解したり、臓器摘出に関する家族の考え方を把握したりする。最も重要なことは、家族がどのような形で対象喪失反応—悲哀の仕事を体験しているかを知ることである。対象喪失反応—悲哀のプロセスがどの程度の速度で進んで行くかはこれまで述べてきた種々の要因により当然、異なってくる。日本では葬式のあと、初七日から四十九日へと区切りの供養が営まれることが多いが、これは悲哀の儀式の面から見ても理にかなったことと言える。定型的な悲哀のプロセスでは、初七日ころまでは抗議の段階、四十九日ころまでには絶望の段階から離脱の段階へと移行していく。

コーディネーターが家族に接触を持つのはその性質上、ドナーの死後1時間からせいぜい12時間以内である。従って、いかに家族の喪失体験が理想的に経過したとしても、コーディネーターが接触する時点では、家族は対象喪失反応期か、悲哀のプロセスの初期にある。家族がまだ対象喪失反応期にあるようならば、コーディネーターは臓器提供の話を持ち出すのを可能な限り避けたい。急性のパニック状態や混乱状態にあれば、十分な判断能力を欠くと思われ、逆に、茫然自失の情動麻痺状態であれば、あるいは簡単に臓器提供の承諾書にサインするかもしれないが、後で冷静になってから思わぬ反応を示すこともあり得る。対象喪

失反応はあくまでも一時的な急性の反応であるから、やがて訪れる悲哀のプロセスに移行するまで待ちたいところである。

家族の怒りや敵意、恨みといった感情がコーディネーターに向けられることもある。死ぬまでは顔を出さず、ドナーの死後にはじめてその家族の前に現われる立場であり、ネガティブな感情の標的となることもあろう。この場合、既に述べたように、コーディネーターは過敏に反応せず、無理な説得をさけ、理解と思いやりを示すことが重要である。

しかしながら、コーディネーターは家族の悲哀のプロセスをよく理解した上で、むしろ家族がそのプロセスを乗り切っていくための積極的な援助の役割を担っていると考えるべきである。表1にも挙げた人的資源の中でコーディネーターの果たす役割は重要である。故人の遺志を活かし、臓器を提供することで他の病気に苦しむ人を救えると考え、家族は悲哀のプロセスに前向きに取り組み、早期に故人の死に適応していくこともできる。コーディネーターは残された家族とともに、ドナーの死を社会的に生かすという共同作業を営むパートナーであると考えたい。コーディネーターが通夜や葬儀に参列して、故人の遺志と遺体の一部が活かされていることを公表するのは、悲哀の過程の初期にある家族を何より力づけることにもなろう。また、一連の悲哀の過程を経過した段階で、厚生省やアイバンクから贈られる感謝状は、立ち直りの段階にある家族に「これでよかった」と再度、確信を与える結果ともなろう。

デーケン人は人が「死への準備教育」を行うべきであると指摘し、特に悲嘆教育 *grief education* の普及が重要であるとしている。この問題はターミナルケアの現場などでは近年、認識されてきてはいるが、一般の医療場面ではまだ十分理解されているとは言い難い。さらに、この問題を専門に扱う医療従事者の人はまだまだ少ないのが現状である。移植の現場では、好むと好まざるとにかかわらず、コーディネーター自身が悲嘆教育を行う立場に置かれることになることが多い。むしろ、コーディネーターがこの悲嘆教育の積極的な推進役となっていくことが望ましい。

アメリカ留学中の息子が転落事故のために脳死宣告を受け、その臓器を提供した、ある父親は次のように語っている。

「私の子どもの臓器を提供しないで、そのまま灰にしてしまったら、本当に宝を捨ててしまつて灰になつたと思うのです。・・・ですから提供することができたということは、ひと

つの喜びであります。」

III. レシピエント側の心理的問題

さて、次に、レシピエントの側の心理的問題について述べる。これまで愛するものの死によって生じる喪失体験について説明してきたが、一方で、レシピエントの場合、ことに心臓移植や肝臓移植を待ち望む患者の場合には、自分自身の死と直面していることになる。難治の病気の宣告を受けてから、秒読みのごとく死が迫ってくる過程での心理的体験は、対象喪失から悲哀のプロセスへと移行する家族の体験とおおむね同様である。この点についての詳細はキューブラーロスの「死ぬ瞬間」や立花隆の「臨死体験」などを参照のこと。

角膜移植の場合には、レシピエントが死に迫っているということはむしろ稀であり、目前にある恐怖の対象は視力喪失である。従って、ここでは視力喪失の危機にさらされたレシピエントに起こり得る心理的な問題について、実際の症例を踏まえて説明する。なお、これらの症例は過去2年間に東京歯科大学の角膜移植センターで角膜移植術を予定した患者で、何らかの心理的な問題のために東京歯科大学市川総合病院精神神経科に依頼となったケースである。レシピエントの心理的な問題は、主に移植との関連という観点から、以下のごとく、いくつかのパターンに分けられるように思う。

1. 移植前に生じる心理的問題

(1). 心理的問題が視力喪失や角膜移植と関連する場合

まず第一に、移植前のレシピエントに生じる頻度の高い心理的問題として、移植治療そのものに対する不安が挙げられる。この不安には手術自体がうまくいくか、術後の拒絶反応は起きないか、視力は回復するか、といったさまざまな要因が関与している。特に、過去に実際に拒絶反応などで移植がうまくいかず、再移植を希望したケースでは不安が大きいのは当然であろう。しかしながら、移植前の段階では、レシピエントはむしろ移植への期待感が強いことも多く、不安一色であることは少ない。多少とも不安と期待の入り混じった状態であろう。移植への期待が大きすぎると、かえって術後の心理的問題が生まれてしまうこともある（後述）。

第二に、レシピエントが角膜移植を決断するに至った、視力喪失というハンデ、キャップ

にも注意を払うことが必要である。視力の喪失はレシピエントの社会生活に大きな苦痛を与え、ストレスとなってきたはずである。

【症例】 T.K. 47歳、女性。もともとうつ病のため、精神科で治療を受けていた。2年前に白内障のために失明し、以後趣味だった絵を描くことができなくなり、部屋に閉じこもることが多くなった。初診の3ヵ月前頃よりうつ状態が悪化しており、「絵が描けないなら、生きていてもしかたがない」と大量服薬により自殺を図ったこともあった。視力回復を求めて、角膜移植に踏み切った。抗うつ薬と抗不安薬の調整を行い、無事に手術を終了した。

さらに第三に、視力喪失の原疾患を常に念頭に置く必要がある。すなわち、例えば脂質代謝異常のような特殊な変性疾患が失明の原因である場合、病気による障害は目のみでなく、全身に及び、ことに脳への影響から知能低下や人格変化など、器質的な精神症状を呈していることもある。また、眼外傷や熱傷、腐蝕など、突然におきた事故やトラブルによる角膜損傷の場合には、こころにも傷を負っており、抑うつ状態や混乱状態を呈していることが多い。この種の急性に生じる原因の中で、特に注意を要するのはステューブンス・ジョンソン症候群である。これは全身の皮膚や粘膜に多形滲出性紅斑を生じる原因不明の疾患であるが、しばしば抗生物質の予期せぬ重篤な副作用として生じ、角膜をも障害することがある。この場合、レシピエントはたまたま合わない抗生物質をのんだばかりに、以後、その犠牲者として心身ともに著しい苦痛にさいなまれることになる。

【症例】 M.R. 47歳、女性。3年前にコスモシンの副作用でステューブンス・ジョンソン症候群を生じた。以後、全身のひどい痛みとかゆみが後遺症として残り、それとともに「ジェットコースターで急降下するような感じ」や不安感、めまい感も認め、カウンセリングを受けていた。角膜移植目的で入院したが、入院後も不安や不眠が持続したため、抗不安薬や睡眠剤が処方された。

また、稀ではあるが、レシピエントの視力喪失の原因が自殺未遂である場合もある。

【症例】 K.H. 24歳、男性。もともと登校拒否や家庭内暴力があり、境界型人格障害の診断で、大学病院に通院していた。対人恐怖、引きこもりが強く、半年前に発作的にウツカを頭からかぶり、火をつけるという焼身自殺を図った。一命はとりとめたものの、顔面を含

め、70%以上の重度の熱傷を負った。これに伴い、角膜も火傷し、視力喪失。角膜移植目的にて紹介となった。

このケースのような場合、自殺企図にまで及んだ精神科的原病の治療継続が必要であるが、それとともに顔面の火傷や視力喪失が新たに招いた心的葛藤に対しても注意を払う必要がある。最悪の場合、移植準備期間中に患者が再度、自殺企図に及び、せっかく角膜が用意できても、移植手術の中止を余儀なくされることもあり得る。

(2). 心理的問題が視力喪失や角膜移植と関連しない場合

角膜移植のレシピエントがもともと何らかの精神科的問題を合併していることは予想外に多い。

【症例】S.S. 82歳、女性。痴呆症を合併するケース。3年前ころより、「家にどろぼうが入る」という物とられ妄想や、「夫と娘が関係している」といった嫉妬妄想を認めていた。家族は本人の痴呆に気付いていたが、本人は頑として精神科受診を拒んでいた。角膜移植目的で受診した際、家族の希望で精神神経科受診となった。MRI上、多発性の小さな脳梗塞と脳萎縮を認め、血管性痴呆と診断された。脳代謝賦活剤や脳循環改善剤が開始され、妄想状態に対しては安定剤が投与された。

痴呆症患者では高率にせんもう状態を生じる。せんもうとは意識の変容であり、時間や場所の見当が狂ったり、不穏・興奮状態を呈したり、幻覚や妄想が見られたりする。夜間や術後に増強することが多い。本ケースでは術前からのコンサルテーションにより、術後せんもうの出現が予想されたため、安定剤の予防投与が行われ、特に問題なく、入院を終了した。

なお、今後も痴呆症を合併する患者や超高齢患者の角膜移植のレシピエントの数は増加するものと思われるが、コーディネーターとしては、これら認知障害を有する患者からのインフォームド・コンセントの取得にも十分な注意を払う必要がある。

【症例】S.Y. 65歳、女性。ステューブンス・ジョンソン症候群にて失明。もともと精神分裂病の合併があり、治療を受けていた。入院後、「眼科の先生がテレビの横にあるコンピューターで『くすりはのまなくてもいいですよ』、『(角膜移植の)手術はしないほうがいいよ』と言っている」という幻聴様体験が増強した。移植に十分納得していないようである。「霊が体に入ってきて眠れない」と言って、夜も落ち着かない。

精神分裂病は約100人に1人が罹患する頻度の高い精神疾患である。移植患者の中に本例のようなケースが混ざっていることもあり得る。精神分裂病の幻覚や妄想などの異常体験は比較的よく反応する。精神分裂病をはじめ、精神障害であるからと言って、角膜移植が禁忌であるわけではない。しかし、先ほどの痴呆症の例と並んで、インフォームド・コンセントの取得には十分な注意を払う必要がある。

2. 移植後の心理的問題

(1). 術後経過に問題がある場合

移植後のレシピエントにおいても不安や抑うつはしばしば見られるが、その様相は術前と必ずしも同じとは限らない。手術の成否や拒絶反応の有無、視力回復の状態など、さまざまな要因が術後のレシピエントの精神状態に影響するのは当然であろう。

【症例】K.Y. 69歳、男性。角膜移植後も視力が回復せず、医療不信に陥っている。もともと移植への期待感が強かったこともあり、「眼がよくならないなら、死んだ方がいい」と思い詰めて、抑うつ状態になっている。「回復しないこともある」という現実を容認できない。「アメリカに行っても手術をしたい。」と言う。退院を勧めると、「自分を追い出そうとしている」、「眼が直らないなら通院しない」と不機嫌である。

現実に拒絶反応が生じていたり、このケースのように視力回復が思わしくない場合、抑うつや不安を呈することは想像に難くない。一時的な軽度の抑うつ症状ですむこともあるが、視力回復の最後の頼みの綱として角膜移植にすがっていたような場合には、重篤な精神障害レベルの症状を呈することもある。本ケースでも、だいたい了解可能な反応ではあるものの、治療スタッフに対して被害的・攻撃的な態度が目立つ。

(2). 術後経過に問題がない場合

たとえ術後経過が客観的には問題がなくても、レシピエントに精神的問題が生じることもある。まず第一に、わずかな眼症状や検査値の変動などに対して極端に過敏になるケースがある。上にも述べたように、レシピエントの立場から考えれば、術後に不安が生じることは十分に了解可能ではあるが、移植への期待感が大きいほど、あるいはまたレシピエントの性

格傾向によっては、異常がないのに、不安状態が病的水準にまで増大して、ヒステリー性の身体化障害を惹起することがある。ヒステリーとは何らかの強いストレスのもとで心と身体とがバラバラになる状態を指し、さまざまな身体部位に生じ得るが（失立失歩・半身まひ・けいれん・失声など）、目が見えなくなる「ヒステリー盲」やヒステリー性の視野狭窄も代表的な症状の一つである。これらのヒステリー性の眼症状が角膜移植後に生じても不思議ではない。もちろん、移植に伴う他の眼科的・身体的問題を十二分にチェックする必要があるが、しかしなお、レシピエントの自覚的視力低下の原因が見当たらない場合、ヒステリー性機製の可能性を念頭に置くことも必要である。

さらに第二に、移植後の拘禁反応に注意する必要がある。拘禁反応とは外界から隔絶された自由のきかない環境に置かれた場合に生じる精神障害を指す。代表的なものは刑務所に拘留された囚人に見られるが、ベッド上安静を強いられる入院患者にもしばしば認められる。著しい混乱と不穏状態を呈し、自分がどういう状況におかれているのかわからなくなってしまう。

第三に、拘禁反応とも類似しているが、入院後にせんもう状態と呼ばれる、意識の曇りを呈するケースがある。時間や場所の感覚が狂い、幻視が見えたり、妄想が生じたりする。これは老人に多く（老人せんもう）、ことに夜（夜間せんもう）や慣れない環境に置かれた際に生じやすい。

【症例】M.K. 75歳、男性。せんもう状態。角膜移植の術後、虫が体中を這っているという体感幻覚が生じた。「やっと移植した角膜が喰われてしまう」と訴え、落ち着かなくなり、夜間まったく眠らない。向精神薬の服用で改善した。

角膜移植を受ける患者には高齢者が多く、また入院という非日常的な環境に置かれることもあり、せんもうが合併しやすい。前述のように、痴呆に伴って生じることも多い。角膜移植では、ことに視覚情報が入りにくいため、幻視や体感幻覚といった異常体験が高率に起きる。また、毎日のように大量飲酒していたアルコール依存の人が急に断酒した際、アルコールの離脱症状として、「振戦せんもう」と呼ばれる重症のせんもうが生じる。著しい不穏・興奮により病棟管理ができなくなることもあり、あらかじめ飲酒の状況を確認しておくことが重要である。

IV. 移植コーディネーター自身の抱える心理的問題

最後に、移植コーディネーター自身の心理的な問題について触れる。1997年の世界移植学会でも報告があったが、コーディネーターの約1/3は一年で退職してしまう。さまざまな事情があろうが、一つの理由として、移植コーディネーターの受ける心理的ストレスが過大であることが挙げられる。心理的問題を抱えるドナー側とレシピエント側のはざまに立って、その仲介役を務めるコーディネーター自身も大きな心理的負担を強いられている。特に、まだ急性の対象喪失反応の段階にあるドナーの家族に接したり、移植が不成功に終わったレシピエントに相對する時には、コーディネーターもこころの動揺をきたさないはずはない。そうでなくても、はじめにも述べたような、コーディネーターは一種の医療的決断やジレンマにも常に晒されている。早期に退職してしまうコーディネーターの中にはかなりの数の「バーンアウト（燃えつき）burn out 症候群」に陥った人がいるものと推測される。バーンアウトとは文字通り、仕事や生き方、援助的活動に全力投球で打ち込むうちに、精神的活力を使い果たして、燃えつきてしまう症候群である。近年、種々の医療従事者におけるバーンアウトが問題になってきており、特に精神的・身体的負担の大きい職場ほどバーンアウトしやすいと考えられる。

コーディネーターのバーンアウトに関してはまだ十分な資料がないが、ターミナルケア（ホスピスケア）に従事する看護者の調査が少なからず参考になる。まず、一般病棟も含めて、看護者は全体に勤務年数10年程度でバーンアウトを経験しやすいが、さらにターミナルケア看護者では、経験年数2年以下でバーンアウトを生じる人が多い。これは経験が浅いと「どうしてよいかわからない」事態が多くなり、これがストレスの一因になっていたり、新人の看護者が職場に対して抱いていた期待と現実とのギャップを感じたりするためと考えられる。このことは「これからもターミナルケアに関わっていききたいか」という問いに対して「どちらでもない」と答えた人がバーンアウトを経験しやすいこととも関連している。すなわち、自らの資質や能力に合わない仕事をさせられていると感じる「役割葛藤」や、自分の責任の及ぶ範囲がわからなかったり、明確な目的がなかったりする際に生じる「役割のあいまいさ」を経験した人は強いストレスを感じ、それが重なるとバーンアウトしてしまうと推測される。福島らはターミナルケアという場面で、結局自分が何をしているのかわからなくなる場合には、バーンアウトしやすくなると報告している。

ターミナルケア場面では、ケア従事者の価値観・死生観の重要性が指摘されている。死生

観はもちろん、個人により多種多様であるべきで、優劣があるわけではない。しかしながら、バーンアウトの予防という観点からはどのような死生観がバーンアウトになりにくいかを検討することは大切である。自分の死という問題について考えているほど、「不安で避けたい」という逃避的な認知を有している。「癌末期患者に関わることは素晴らしい」とするものがもっともバーンアウトになりやすく、次に「癌末期患者の残された生命を充実させることに最善を尽くしたい」という気持ちがバーンアウト予防上有効であり、逆向健忘に「仕事で仕方がない」とか、「無力でつらい」としたものはバーンアウトを経験しやすいということが明らかになった。当然のことではあるが、ターミナルケアの現場で仕事を刷るにあたっては、死というものに対して肯定的、かつ積極的な態度を取ることが何よりも重要であると思われる。これとほぼ同じ結論がコーディネーターについても言えるであろう。

それでは、どのようにしたら、肯定的、積極的な態度を作ることができるのであろうか。アンケートの結果からは信仰を基盤とした死生観の確立や、死後の世界があると感じている。特定の宗教を基盤としなくても、各人が固有の死生観を確立しており、さまざまなデスエデュケーションを通して死の意味について考えていくことが重要であろう。

ドナーの家族やレシピエントはひとつの鏡である。コーディネーター自身がドナー側やレシピエント側に立たされることになった場合、どのように振る舞うのであろうか。繰り返し述べてきているように、心的ショックに対する反応は人それぞれである。ドナーの家族やレシピエントの反応を通じて、自分自身がどのようなタイプであるかを考えておくことは、コーディネーター自身がストレスを感じてきたような場合には意味のあることであろう。移植を成功させるためには、コーディネーター自身が精神的に安定した状態を維持していることも重要である。

日本では欧米に比べると、ターミナルケア看護者がバーンアウトに陥りやすいことが指摘されている。この背景には、宗教的基盤の問題以外にも、勤務病棟や勤務体制といった勤務条件や環境的要因も大きいことがわかっている。コーディネーターの場合でも、まだ発展途上の職種であり、今後さらに外的環境と教育を充実させていくことがひいては移植医療全体の発展のためにも不可欠であると思われる。

(無断転載を禁ずる。)

参考文献

- 阿部正和、太田和夫、太田宗夫（組織委員）：第89回日本医学会シンポジウム. 臓器移植. 日本医師会雑誌, 106: 453-609, 1991.
- アルフォンス・デーケン：悲嘆教育—悲嘆のプロセスとその対応. ターミナルケア, 1: 371-374, 1991.
- エリザベス・キューブラーロス（鈴木晶訳、改訂版）：死ぬ瞬間—死に行く人たち. 読売新聞社, 1998.
- 福島裕人、名嘉幸一、石津宏、奥古田孝夫：ターミナルケアに従事する看護者のバーンアウトとその関連要因. こころの健康, 12: 33-44, 1997.
- 岩崎徹也（編集企画）：精神科MOOK（島菌安雄、保崎秀夫、編集主幹）27. コンサルテーション・リエゾン精神医学. 金原出版, 1991.
- 小島操子：末期患者の近親者の悲嘆への援助. ターミナルケア, 1: 375-378, 1991.
- 黒沢真澄、大野裕：骨髄移植患者に対する認知療法的援助.（岩本隆茂、大野裕、坂野雄二編）認知行動療法の理論と実際. 培風館, 1997, pp.256-274.
- 大野裕、平島奈津子：対象喪失. 心身医療, 4: 324-328, 1992.
- 小此木啓吾：対象喪失. 中公新書, 1979.
- 立花隆：臨死体験. 文芸春秋社, 1994.
- 田尾雅夫、久保真人：バーンアウトの理論と実際. 誠信書房, 1996.

表1 死別に伴う悲哀の個人差に影響する要因

- (1). 死別の対象との関係や親密さの度合。
- (2). 死別のタイプ：慢性で緩徐な死か、急死か。予測された死か、偶発的か、など。
- (3). 死因：病死、事故死、自殺、老衰など。
- (4). 死の状況：おだやかな死、苦痛や苦悩の多い死、悲惨な死など。
- (5). 家族の特性：年齢、性、性格特徴、死別の経験など。
- (6). 人的・物的資源：家族や親戚、友人、知人、医療従事者の支援。経済的援助など。
- (7). その他：宗教、民族性、文化、法律の関与など。