

進行癌を合併した精神分裂病の1例 —終末期の分裂病者をめぐる問題について—

斎藤 和博¹⁾前田 正人²⁾

1) 小松島赤十字病院 精神神経科

2) 高松市民病院 精神神経科

要旨

精神分裂病は罹患率の高い疾患であり、精神分裂病と悪性腫瘍の合併はしばしば見られる。また、悪性腫瘍の緩和ケアには、患者と家族の心理的社会的問題、全人的苦痛のケア、症状緩和のための鎮静などのようなたくさんの問題を抱えている。今までに多数の緩和ケアに関する研究報告がなされ、最近では十分に検討されつつある。しかし一方では、悪性腫瘍を合併した精神分裂病の報告は少なく、特に幻聴や妄想などの異常体験を持つ分裂病者の終末期の報告は乏しく、今後検討がなされる余地が大いにある。

今回我々は活発な幻聴、被害妄想を持ち、拒薬もみられた分裂病者で、直腸の進行癌を併発して終末期ケアを精神科病棟で行った症例を経験した。病名の告知や家族への説明、疼痛緩和や精神症状のコントロールなどの治療、及び病棟の選択などの問題で苦慮した点について法律的側面での考察も含めて報告する。

キーワード：精神分裂病、悪性腫瘍、緩和ケア

はじめに

症 例

精神分裂病は罹患率の高い疾患でその患者に悪性腫瘍の合併がしばしばみられる。けれども、分裂病患者において悪性腫瘍の早期発見は困難で、患者の身体異常に対する認知および表現能力の欠如、感情鈍麻による無関心、精神科主治医の身体診察の機会や身体疾患への関心の乏しさなどが考えられる。我が国において、悪性腫瘍は入院中の精神障害者の死因の第8位で¹⁾、分裂病患者の悪性腫瘍罹患率は様々な報告^{2) 3)}があり一定しないが、一般の人に比べて大差がないと考えられる。一般患者の終末期ケアにはたくさんの報告があり、最近では十分検討されつつある。しかし一方では、悪性腫瘍を合併した精神分裂病者の報告は少なく^{3) 4) 5)}、特に幻覚妄想などの異常体験が著しい患者の終末期ケアの報告は本邦ではほとんど無く、よりいっそうの検討を要する。今回、筆者らが経験した活発な幻聴と被害妄想を持った精神分裂病で直腸癌の膀胱内浸潤をきたして終末期の対応で治療、告知、法律、病棟選択などについて苦慮した症例を考察を加えて報告する。

患者：62歳 男性、精神分裂病

30歳頃より幻聴及び被害妄想が出現し、興奮や徘徊などの異常行動もしばしば見られていた。そのため、35歳頃より現在までに計8回A病院に入院歴がある。X-2年7月、直腸癌の診断で直腸切除術及び人工肛門造設術を行った。(患者には腸閉塞と直腸の良性腫瘍であったとの説明をしていた。患者が手術を了解しなかったため、保護者である兄の了解を得て手術を施行した。) X-1年3月より「赤外線当てられ身体を熱くさせられている。」「兄や医者は偽物で陥れられている。」「自分は政府の要人であるためにいろいろなことが起きる。」などの幻聴や体系的な妄想が強くなり、拒薬もあったため、A病院に医療保護入院して長時間作用性ハロペリドールのデポ剤の注射で治療していた。X-1年5月1日、ベッドから転落して左大腿骨骨頭頸部骨折を起こし、高松市民病院整形外科に入院した。同月17日興奮及び被害妄想のために整形外科病棟では管理困難となったため、精神科病棟へ転棟した。その後、精神科病棟でリハビリテーション

等を行っていたが、翌月28日に肉眼的血尿が出現し、泌尿器科医および外科医に紹介した結果、直腸癌の膀胱内浸潤と診断された。同年7月から8月にかけて、放射線治療を計25回行ったが、しばしば被害妄想に基づく興奮や治療および検査の拒否がみられた。X年3月中旬より、嘔吐、摂食困難、尿閉などが見られたため、点滴栄養と尿道バルーン留置などを行ったが、「A先生が注射を抜いてくれるように言っている。」「B先生は管を入れたから射殺された。」「C先生が退院させてくれるように言っている。」などと述べて点滴やバルーンの抜去などがみられたために四肢の抑制を必要とした。X年4月下旬より、末梢での静脈路確保が困難となり、中心静脈栄養を必要とした。その後、一時期全身状態が改善し、摂食可能となったために全粥食に変更し、中心静脈栄養を中止していた。同年6月上旬より、発熱、呼吸困難、摂食困難となったため、点滴、酸素投与、抗生剤投与を行った。発熱、呼吸促進、頻脈などは見られながらも小康状態を保っていたが、同月20日、心肺停止を起こし死亡した。

考 察

1、本人への告知と家族への説明

がんの告知は最近十分に議論され、医療技術の進歩により告知の率は高まってきている。鈴木⁶⁾のがん告知に関するアンケート調査では、患者本人にがんを告知する医師は早期がんで70-90%、進行がんで10-30%との事である。告知をためらう理由として、告知した場合の患者の心理状態の変化が予測できず、何らかの精神的問題が生じたときの対応策がないのも1つの理由と考えられる。心理状態の変化として引き起こされるものとして、最も大きなものは死への恐怖を伴う不安があげられるが、逆に告知を受けなければがんではないかという疑惑を抱きながら死への恐怖を感じていると考えられ、いずれにしても恐怖を拭い去ることは困難である。厚生省・日本医師会発行の「がん末期医療に関するケアのマニュアル」では、告知することを原則としながらも場合によっては告知を控えるとし、告知の際に考慮すべき状況として、告知目的の明確性、患者・家族の受容能力、医療関係者と患者家族との関係の良好性、告知後の支援体制を挙げている。新美⁷⁾は癌告知義務が免責される場合として、1. 患者が告知を希望しない旨を明らかに意思表示してい

る場合、2. 癌の告知によって生じると予測される不利益が明白であり、かつそれ自身が自己決定権を否定するほどに重大である場合と述べている。また、村上⁸⁾は告知を必要としない患者として、告知の目的のない患者及び暗黙の了解のある患者をあげている。本症例では告知を拒否しておらず、告知による不利益も明白であるとは言い難く、しいて言えば告知の目的に乏しいかも知れない。予想される不利益として、精神状態の一層の悪化とそれに伴う突発的な行為や医療行為の拒否などが考えられるが、実際に告知を行わない限り予測できない。幻覚妄想が著しく、病識を欠いて疎通性にも問題があり、医療保護入院にて入院していたために同意能力が障害されていると考え、悪性疾患であることを認識して受け止める能力は無いと考えて保護者である兄のみに説明を行い、本人には告知を行わなかった。告知を行わなかったために、治療や検査に対して強い抵抗や拒否が見られたが、本症例のような幻覚妄想が著しい分裂病者で、かつ終末期である場合には告知は困難であると判断された。しかし、告知しなくて良いのかどうかという点では結論を出せず、精神障害者の人権という事を考えると、実際は公的な判断機関や法律の専門家などに判断を委ねる必要があるかも知れない。また、告知を行わなかったため、本人ががんを認知したかどうか、あるいはどの時点で死が目前に迫っていると知ったかは不明であった。しかし、腹部腫瘍の触知、全身の疲弊などで重篤な疾患であることはある程度理解していたと考えられたし、主治医に対して「麻薬を使用しているのではないか。

(実際に使用していた。)」などの言動も見られた。但し、執着的にはがんであるかどうかについて尋ねなかったが、がん宣告の恐怖や家族へのいたわりなども存在していたかも知れない。全期間を通じて一貫して告知しない方針で、医師や看護者などの医療側では告知しない方針で良かったとする意見が多かったが、いわゆる段階的告知やプロセスとしての告知などの考えも入れ、患者の疑問を表現させるように配慮し、明確な告知を行わないまでも治療困難である疾患であることを知らせ、感情面への働きかけなども含める必要があると考えられた。

2、治療について

当初は点滴や尿道カテーテルの自己抜去及び執着的な中心静脈栄養の中止要求のため、四肢の抑制を必要

とした。その後、病棟スタッフの協力で一定時間監視のもとでの抑制解除も可能となり、次第に協力出来るようになり、全面的に四肢の抑制を解除できた。途中で医学的な無理解や未告知による対応困難もあったが、治療の必要性を説明することによって了解が得られることもあった。また、治療行為は本人に判断能力や理解能力が無いということで意思決定する人として、保護者で実際に来院していた兄の了解を得て行ったが、全く問題がないわけではない。新美⁷⁾は法律的に家族が意思能力のない患者に代わって同意できるという規定はなく、議論の余地があると述べている。また、精神保健福祉法では第22条に保護者が精神障害者に治療を受けさせる義務があるとしているが、主に精神医療について想定されており、身体的治療についてはどこまで範囲が及ぶのか決められていない。

痛みの除去のために、初期にはペンタゾシンの筋注や硫酸モルヒネ坐薬の挿入を行ったが、拒否的で硫酸モルヒネの内服で経過を見た。便秘を訴えて服薬拒否することもあったため、本人の訴え時に服用させていた。

精神面での治療においては、A病院に入院していた頃から、幻聴や体系的妄想があり、拒薬も強く、長時間作用性のデカン酸ハロペリドールやデカン酸フルフェナジンのデポ剤の注射で治療をしていたため、その治療を継続した。また、点滴や中心静脈栄養を行っている時期にはハロペリドールを経静脈的に投与したこともあった。身体症状の悪化に伴う悪性症候群発症などの副作用の危険を考え、身体からの除去が容易な内服への切り替えを試みたが、投薬への拒否的な態度や病識の欠如のため困難であった。患者は自分の意に反するような治療が行われるときにしばしば治療拒否を示唆する幻聴を述べた。治療薬については経口投与が困難であったため、薬剤の種類も限られ、幻覚妄想に十分効果的とは言えなかったが、興奮時の鎮静や疎通性の改善には効果があったと思われた。投薬では特に身体面での悪化に注意して副作用や過剰投与に留意した。

心理面でのケアとして、告知を行わないまでも不安や焦燥などを理解し、支持的に努めて患者の意思を尊重するようにした。前述したように告知を行わなかったため、癌や余命の認知については不明であった。分裂病の認知障害は終末状態で死を目前としても精神的苦痛を感じない点ではむしろ救いになっているという

報告³⁾もあるが、本当に苦痛を感じていないのか、苦痛を表現することが出来ないのか、精神症状のために相対的に苦痛の占める割合が低く感じられるのか判断できなかった。また、本症例のように進行癌の終末期医療では、患者の意思の尊重という問題において、完治が期待する早期癌の手術とは保護者が患者の不利益を守るという面でニュアンスが異なっている。兄は最終的には治療などに協力的で病院側の説明にも理解を示したが、「苦痛をなるべく少なくしてやってほしい。」と述べていた。終末期には、点滴と酸素投与を行ったのみで、気管内挿管、人工呼吸器の使用、心臓マッサージなどは行わなかったが、身体的に疼痛を軽減し、身体を清潔に保ち、褥創の発生を防ぐという点に気をつけた。その結果、死亡直前にはほとんど疼痛を訴えることなく過ごし、精神面でも安定して家族やスタッフに対しても穏やかに過ごすことが出来た。ここでも、本人の延命についての希望を把握していなかったため、担当医として釈然としないものを感じずにはいられなかったが、ライフ・スパンをいわゆる幸せに過ごすことが出来る寿命と考えればやむを得ないのかも知れない。

3、病棟の選択

身体合併疾患を持つ精神分裂病患者は治療の場も問題となってくる。法律上の問題、管理上の問題、本人や家族の希望などが複雑に絡まってくる。法律上は医療法施行規則第10条の3に「精神病患者を精神病室以外に収容しないこと」という条項がある一方、「自由入院相当の精神症状の患者に関しては一般病床での入院加療が可能である。」という厚生省の見解もある。一方、精神保健福祉法上では、自傷他害の恐れのある措置入院を除いて、任意入院には本人の同意が、医療保護入院には保護者の同意が必要とする。以上のため、法律上の対応に苦慮する場合もあり、本症例でも、幻覚妄想が著しく、病識を欠いて疎通性にも問題があり、医療保護入院にせざるを得なかった。また、大声をあげ他患にも迷惑をかけており、一般病棟での入院は困難であった。治療の場の決定には精神科担当医が保護者の意向を聞いたうえで他のスタッフの意見も聴いて判断した。当初は保護者である兄が一般病棟での治療を頑固に主張した。(知人などの面会に配慮したものと思われた。)そのため、法律的に精神科病棟での入院は不可能であり、対応に苦慮した。長時間を

かけて状況を説明し、保護者を説得した結果どうにか納得をしてもらった。本症例はほとんどを精神科病棟で過ごしたが様々な問題点もあった。精神科スタッフはターミナルケアについては慣れておらず、当初は対応が困難で混乱した時もあった。しかし、この点では数回カンファレンスを行った結果、徐々にスムーズに行くようになった。前述のように、身体拘束の解除などには担当医よりむしろスタッフの積極的配慮や熱意（長時間患者の側にいて話を聞いてあげるなどの対応など）が重要であった。また、他の患者への影響にも配慮を要した。精神科患者は他者の様子に影響を受けやすいものであり、終末期の身体的に衰弱していく患者を見せることは強いストレスをかけることもあると判断してなるべく他の患者に状況がわからないように配慮した。しかし、広い窓、庭、スペースなどが無い等の外部環境の不備、行動を通じたカタルシスあるいは気持ちの整理する場所がない、いわゆるスピリチュアル・ケアが出来ないなど今後の課題はたくさんあると考えられた。

おわりに

直腸の進行がんを併発して、終末期ケアを精神科病棟で行った治療経験をもとに、告知や説明、痛みの除去や精神面での治療及び心理面でのケア、病棟の選択などの問題点について、文献的考察を加えて検討した。今後、同様の症例は増加することが予想され、積極的に取り組む必要のある問題であろうと考えられた。

稿を終えるに当たって、治療に協力いただいた高松市民病院の他科の先生方ならびに精神科病棟スタッフに深謝します。

文 献

- 1) 篠崎英夫：精神障害者の死亡に関する記述疫学的研究．日本公衆衛生誌 19：645, 1972
- 2) 太田保之，中根充文，高橋良：精神分裂病者の身体的罹病性について．1．悪性腫瘍との関連－重度精神障害者の予後決定因子に関する WHO 研究（第1報）－．精神医学 23：875-884, 1981
- 3) 野島秀哲，鈴木宏和，岡本典雄：悪性腫瘍を合併した精神分裂病－コンサルテーション・リエゾン精神医学の立場から－ 臨床精神医学 25：1449-1456, 1996
- 4) 藤京子，灘岡壽英，東谷慶昭他：悪性腫瘍を合併した精神分裂病患者のかかわりについて－リエゾン精神医学の立場から－ 総合病院精神医学 5：125-131, 1983
- 5) 相良洋子，寺田善弘，広瀬徹也他：精神分裂病患者の悪性腫瘍手術をめぐる臨床的問題－2 症例の経験から－ 精神科治療学 3：237-243, 1988
- 6) 鈴木啓央：癌の告知－日本とアメリカ合衆国における文献的考察．日本医事新報 43：3543, 1992
- 7) 新美育文：がん告知が抱える法的な問題点．日本医師会雑誌 113：951-954, 1995
- 8) 村上罔男：病名告知と QOL. pp206-210 メジカルフレンド社，東京，1991

A Case of Schizophrenia with Advanced Cancer. —Issues Relating to Schizophrenic Patients in Terminal Stage.—

Kazuhiro SAITO¹⁾, Masato MAEDA²⁾

1) Division of psychiatry and neurology, Komatsushima Red Cross Hospital

2) Division of psychiatry and neurology, Takamatsu Municipal Hospital

Comorbidity of schizophrenia and malignant neoplasm is highly frequent. Palliative care for malignant neoplasma has many problems, such as a psychosocial problem of the patients and their families, care of total pain, and sedation for symptom control. Until now, a lot of studies relating to it were reported and it is going to be sufficiently considered. On the other hand, the case reports of schizophrenia with malignant neoplasm were few. Above all, the reports of Schizophrenic patients in terminal stage with abnormal experience (such as auditory hallucination, delusion of

persecution) were scarce. It will have plenty of room for consideration in future.

We experienced a case of schizophrenia with advanced rectal cancer, who has auditory hallucination, delusion of persecution and refusal of drugs. And his palliative care was put in practice in the psychiatry ward. We report issues concerning to revealing the diagnosis and explains of cancer, therapy, selection of ward and so on including legal view.

Key word : schizophrenia, malignant neoplasm, palliative care

Komatushima Red Cross Hospital Medical Journal 4 : 39-43, 1999
