

ターミナルケアが実施された統合失調症患者への援助
—精神疾患を有する患者に対する緩和医療の精神科病院の経験から—

Support of Schizophrenic Patients with Terminal Care ;
From My Experience of A Psychiatric Hospital

上 平 忠 一*

Uwadaira Chuichi

目 次

- I. はじめに
- II. 対象と方法
- III. 症例提示
 - (1) 症例 1. 67歳、女性、統合失調症（解体型）
 - (2) 症例 2. 67歳、男性、統合失調症（緊張型）
- IV. 考察
 - (1) 本研究の特徴について
 - (2) ターミナルケアと抑うつ
 - (3) 統合失調症者のがん末期における心理的過程について
 - (4) がん告知と統合失調症
 - (5) 精神科病院におけるターミナルケアの実践
- V. おわりに

I はじめに

現代社会におけるより良い生と死を求めてこれまで多数の報告や研究^{4, 6, 13, 14, 20, 23, 24)}が積み重ねられているが、なお検討すべき問題や課題が多く存在する。現代の日本社会において、死が日常生活から姿を消してしまい、人々の死に場所が家庭から病院に移ってしまったといわれて久しい。人口動態統計¹⁵⁾によれば、1951年には82.5%の人が自宅

で亡くなっていたが、その後年々その割合が直線的に減少し、2002年には自宅で亡くなった人は13.4%であった。これに対して、病院や診療所で亡くなる人は、1951年には11.6%であったのが、2002年には81.4%に一直線に増加している。1977年に病院および診療所での死亡率が自宅での死亡率を上回って以来、現在まで8割の人々が病院および診療所で死亡している。また、最近では、老人ホームや介護老人施設で亡くなる人たちが少数(0.6—1.9%)ではあるが、確実に増加傾向を示している。

柏木^{8, 10)}は現代日本人の死の問題点について言及し、①家庭死から病院死へ、②交わりの死から孤独な死へ、③情緒的な死から科学的な死へ、④現実の死から劇化された死へという4点を指摘した。このように死が私たちの身近なところから、病院死という遠い存在となり、非日常的な出来事として体験するようになった。

近年一般病院やホスピスでのターミナルケアが関心を集め^{5, 26)}、総合病院緩和ケア病棟⁷⁾におけるターミナルケアが注目を集めている。2003年のわが国の総死者数は約100万人に及んでいる。悪性新生物の死者数は、2003年は前年に比べ4,897人増加し、30万9,465人となって、全死者数の3人に1人の割合である。悪性新生物はわが国における死亡原因の第1位を占め、精神科病院の臨床の場において悪性腫瘍を合併した統合失調

* 社会福祉学部教授

症者に出会うことも少なくないと思われる。しかし、精神障害者は活発な精神症状のために、あるいは管理上の難渋から一般病棟では対応が困難と転院を断られる実情がある。このような点を考慮すると、精神科病院におけるターミナルケアの充実が現在の重要な課題の一つである。今般、私たちは、がん罹患した統合失調症者2症例を経験したので、精神科病院におけるターミナルケアの実践を報告し、若干の考察を加えた。

II 対象と方法

精神科病院に長期間在院した患者のなかで筆者が主治医として詳細に診察を行い、DSM-IVにより統合失調症の診断基準を満たし、悪性新生物に罹患しターミナルケアを実施した症例2例を対象として検討した。調査の方法として、内科医ないし外科医により、手術不能の悪性腫瘍で予後が6ヶ月以内と診断され、私たちの病院で最後まで看取ることができた症例を採用した。性別、年齢、基礎疾患、罹病期間、入院期間、がんの診断、死因、がん転移の有無、がん告知の有無、手術の有無、がんの臨床経過期間、がん発見時の精神状態、がんの臨床経過、処置などについて分析を行った。

ここで言うターミナルケアは「不治の病に罹患し、余命が6ヶ月未満の状態にある患者に行われる全人的なケアである」と規定される^{6,29)}。

III 症例提示

ここにターミナルケアを実施した2症例をプライバシー保護に配慮しつつ、詳しく記述する。

(1) 症例1 死亡時 67歳、女性、無職

〔診断〕統合失調症(解体型)

〔生活史〕A市に6人同胞の第1子長女として出生。家業は農業であり、両親は両養子であった。本人は地元の小・中学校を出て、優秀な学業成績で県立B高校普通科に進学した。病前性格は内向的、非社交的、神経質である。特定の宗教を持っていない。48歳の12月に、父親が80歳で老衰のために死亡する。49歳の時に、同じ精神科病院に入院していた妹が40歳代で心筋梗塞のために死亡する。57歳時に、母親が85歳で老衰のために

死亡する。

〔家族歴〕次妹が統合失調症にて、入院中に心筋梗塞で40歳代に死亡。

〔既往歴〕幼少期に蓄膿症。小学6年のときに虫垂炎の手術。44歳時から高血圧の治療。51歳時から高脂血症の治療。57歳時、膝関節症。64歳時、外痔核。

〔現病歴〕高校2年生の時に、「継子」とか「貰い子」などと奇妙なことを訴えていた。

県立B高校を卒業し、某靴店に数ヶ月勤務した。この頃に、「子どもができた」と言って、産婦人科の受診をしたり、あるいは勤務先で無口となったり、欠勤をした。近医にて電気ショック療法を受けたという。この頃に、C大病院精神科を受診するために親戚の家に宿泊したところ、家を飛び出す行為があった。

21歳の5月から翌年3月まで10ヶ月間、M市D病院精神科に入院した。

26歳頃から、夕食の手伝いくらいはやるが、仕事をしないで、無為に過ごし、人に会うことを嫌がった。昼頃に起き出してくる。家人とも話をせず、新聞も読まない。何か訊ねられても、的の外れたことを返事するだけで、空笑が時々見られた。家人の留守中に衣類をかき集めて自分の名前を記入したり、あるいは食物をあさったりする異常行動が認められた。

31歳の9月に、E病院精神科に措置入院する。そのときの所見は「女の人であるが、誰だかわからない、話しかけてくる。返事をする相手に通じる。喋っていることがはっきりとはわからない」と述べ、「お父さんの声で、『早く良くなって来い』とか、『仕事できるようになって帰って来い』とか、『妹みたいに嫁にいけるようにならないといけない』『早く田んぼや畑に行けるようになってもらいたい』と聞こえる」と訴え、幻聴、被害妄想、無為自閉、無関心が認められ、分裂病残遺状態であった。

E病院精神科入院後後の経過：19xx.9.～20xx.4の35年間。

32歳の3月にEST(電気ショック療法)を7回施行。その際、静脈麻酔時に脈が微弱となり以後ESTは中止となる。

入院後、母親の面会は月に1-2度の割合で母

親の歩行困難が出現するまでかなり長期間にわたり行われた。

35歳の頃、なお幻聴体験、病識欠如、自閉・無為の欠陥状態が継続する。

39歳の5月に措置入院を解除し、同意入院（現医療保護入院）に切り替える。

40歳の頃に院内作業に従事するものの、なお幻聴体験、欠陥状態が継続する。

45歳の頃に、身体的な訴えや記憶減退感が多く、心気的である。しかし、月に1度の割合で、市内に入院中の妹やほかの患者と一緒に外出をする。同時に、この頃「セーターや洗濯物が誰かに切られた」「心臓や脈が止まってしまった」と関係被害妄想や体感幻覚を認めた。

46歳頃に、「食道が詰まったような痛い感じがする」「首から腰にかけての痛みがある」「吐きっぱい、のどの詰まった感じがある」と心気的な訴えが目立ち、それに対応した検査処置を行なわれる。同時に、幻聴、関係被害妄想が継続する。

50歳頃に、閉経となる。「胃の調子が悪い。胸が焼ける。胃腸が弱っている。便秘している。左胸と肩が痛い」と一方的な迂遠の話し方で、種々の身体的な訴えをし、心気的愁訴が顕著で残遺状態が続く。

53歳時頃から、盆外泊の変わりにその年の7月に2泊3日の自宅外泊を行う。

54歳の頃に、眉毛を抜くという自傷行為がある。

54歳の8月に任意入院に変更する。

55歳時に、なお被害関係妄想や幻聴が持続し、身体的な訴えが強い。作業やレクリエーションに消極的に参加し、数ヶ月に1度病室の仲間数人とパーマや買い物に外出している。

56歳の頃から、面会には体が弱くなった母親に代わり、妹あるいは弟が来院する。

この頃に、次のような奇妙な訴えをしている。

「人間の指はどのようにして10本あるのか」「人間はどのようにして靴を盗んだりするのか」「人間は白いものに触るとどこかに行ってしまう」「袋が八角形に見えて恐ろしい」と魔術的な思考を示す。

57歳の時に実施したIQ（WAIS）は85で言語性IQ86、動作性IQ84であった。

58歳頃に、口唇部ディスクネジアが出現し、そ

の後時々認められた。

この頃の処方（1日量）は ハロペリドール12mg、モサブラミン200mg、プロメタジン50mgであった。

60歳時に、施行したIQ（WAIS）は74で言語性IQ72、動作性IQ77であった。

60歳の2月 なお心気的な訴えが継続し、頭痛、腕の疼痛、下痢など身体的な愁訴に対して、それぞれに医療的な対応し、検査や処置を行う。

61歳の4月に「食事に剃刀を入れられた」と関係被害妄想を訴え、FD（デカン酸フルフェナジン）25mgの施行。その後2年間にわたり4週間に1度の割合で、FDの25mg～50mgを実施する。

施行2ヵ月後頃から、OT（作業療法）に週1～2回参加し、折り紙や造花の院内作業に従事する。

62歳の8月に関係被害妄想を執拗に訴え、不安・興奮が強まり、一時閉鎖病棟に3週間転棟となった。閉鎖病棟に転棟時には、身体的な訴えは見られていない。しかし、対人関係で容易に関係被害念慮を抱きやすい。

62歳の10月に被害関係妄想、追妄想が見られ、患者K.N.に対して被害妄想を抱き、「25年も前の話だが、K.N.にいじめられた」と訴える。さらに、「ロッカーの財布をSさんに盗まれた」と被害的である。

63歳の12月頃に 心窩部不快感を訴え、国立F病院内科にて胃カメラを実施し、逆流性食道炎と診断される。「小便の出が悪い」と心気的である。

64歳頃に、なお幻聴、関係被害妄想、追妄想が顕著である。

「他患に衣類を盗まれた」、「お汁に毒が入っていた」「薬局のSさんの声、K.K.の親父の声が聞こえてきた」「覆面の男がK.K.を殺してしまうといていた」と述べる。あるいは「30年前にK.K.に『殺してくれ』と言われた」「体に電波が入っている。何かを忘れて困る」と纏まりなく訴える。

この頃の体重は57.4kg、身長が163.5cmであり、BMI（body mass index）=21.5である。

66歳の時に、飛蚊症「目に黒いものが見えるよ

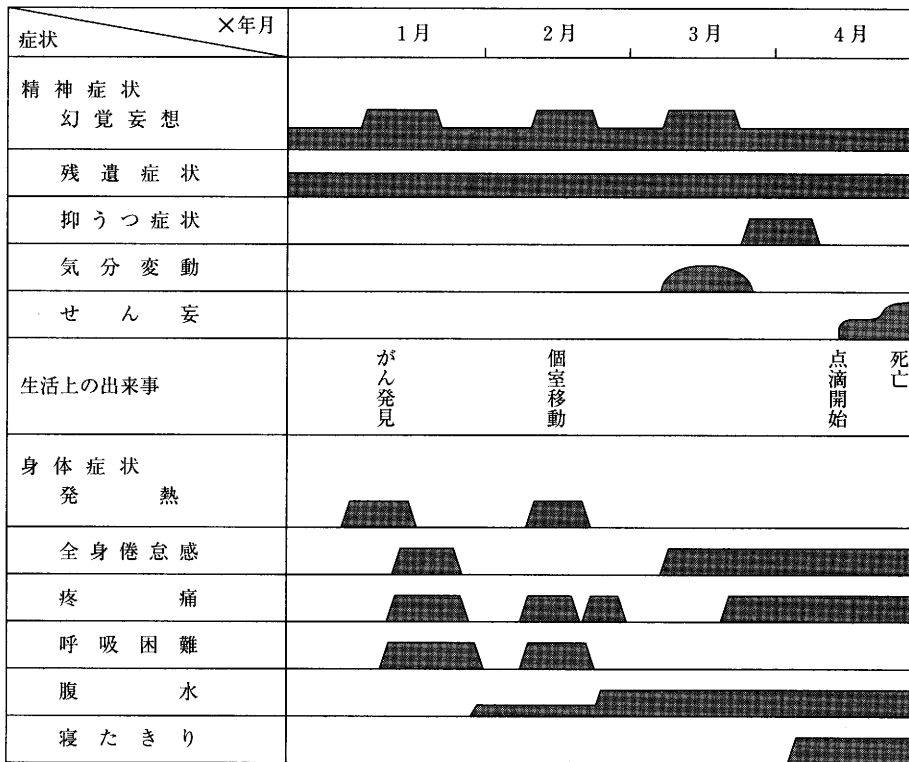


図1 症例1の臨床経過

うになった」が見られた。同時に、便秘傾向、下痢を訴え、身体的な愁訴が頻回となる。

この頃、再び幻覚妄想症状が強まり、「夜中に誰かに胸のところにあざをつけられた」「足の爪を切られたりする」と被害的になり、特に夜間に不穏傾向となる。

66歳の10月にOT（作業療法）を中止する。対人関係において被害的であり、「OTで好きなことをさせてもらったから、行きたくない」と両価性を示す。

67歳、幻覚妄想を伴う残遺状態が継続する。

「病院の男性患者が私のことを馬鹿にしている」と被害的であり、「T.M.の声で聞こえる」「裁判所から20年前に覆面の男が私を殺しに来た」と訴える。同時に「鼻水が出る。花粉症だ。胸にしこりがある。塩酸を薄めて飲んだから小便が出にくい」と一方的に身体的な愁訴を繰り返し、対人関係や看護職員との関係でうまくいかない。

転移性肝がんの発見から終末期まで：20xx.1.～20xx.4.までの4ヶ月間（図1）

67歳の12月頃に、3週間ほど下痢が持続する。

67歳の1月初旬に、原因不明の38度台の発熱が出現する。この時の血液検査および生化学検査は表1に示してある。HCV（Hepatitis type C virus）は陰性。

同年1月中旬に、全身倦怠感、右下腹部痛を訴える。腹部の診察にて、肝臓が3横指触診され、肝肥大が認められた。

翌日に三妹と一緒に、F病院内科を紹介され、受診し多発転移性肝がん、原発巣は大腸がんと診断され、家人に手術の適応はないと判断され、余命は3ヶ月と告知される。本人には肝臓が腫れていると説明を内科医から受けるものの、本人は手術や転院を希望せず、E病院精神科にて加療を期待する。

1月末、胸部痛、呼吸困難、不眠を訴え、腹水が認められる。

この頃に、三妹と主治医の面談し、現在における病状の説明と今後の治療計画について協議する。その結果、次のような結論を導く。

① 転移性肝がんに対して根治的治療が不能であり、今後保存的治療を行う。

表1 臨床検査成績

基準値	1月15日	3月5日	4月10日
血液検査			
白血球(4000-8000)	9400	13100	16400
赤血球(440-550)×10 ⁴	417	308	344
ヘモグロビン g/dl	9.6	7.3	8.5
ヘマトクリット %	31.1	23.3	27.4
血小板(130-350)×10 ³	487	386	461
血液生化学検査			
GOT(8-40) IU/l	20	77	127
GPT(5-35) IU/l	10	23	28
ALP(100-280) IU/l	155	663	1045
γGTP(50以下) IU/l	22	164	233
TCho(140-220) mg/dl	227	244	228
中性脂肪(40-150) mg/dl	166	160	
総蛋白(6.7-8.3) g/dl	7.1	6.7	6.2
アルブミン(3.8-5.3) g/dl	3.9	2.6	2.1
CPK(27-200) IU/l	91	150	133
尿検査			
蛋白	-	-	-
糖	-	-	-
ウロビリノーゲン	±	±	±
潜血	-	-	-

- ② 本人が35年以上の長期間にわたり在院し、筆者が主治医として最近まで22年間以上治療関係を継続し、信頼関係ができていていること
- ③ 家族が転院を希望しないが、ケアには極力協力する意思があること
- ④ 本人のニーズを尊重し、治療の場所は当病院を利用する。
- ⑤ 在院中に重大な事項が発生したときにはそのときに対応する。

2月初旬、時々39度台の熱発が出現し、鎮痛解熱剤の座薬にて解熱している。その後も、熱発時には鎮痛解熱剤の投与を受ける。

2月中旬に、夜間に、呼吸困難が出現し、断続的に酸素吸入を施行した。「自分は胃がんだ、食事がまずいから」と述べ、癌の告知を受けていないにもかかわらず、がんという認識が認められた。

この頃に、G病棟個室H号に転室する。幻覚妄想を断片的にしか訴えず、精神的には落ち着いている。「大勢の人たちがいないので、個室は寂しい」という。食事を粥食に変更する。トイレに立つとき以外は臥床していることが多くなる。

2月下旬、「早く、もとの病室に戻りたい」と述べる。背部痛を認め、腹水が著明となる。

3月初旬、ラシックス 40-80mg(1日量)を静脈注射するものの、腹水は減少せず、効果は乏しかった。起座呼吸を認められ、身体的レベルが低下してくる。

3月中旬、「私は去年の8月に毒水を飲まされて殺されかけた。だからもうじき死ぬんだ」と看護師に語る。

この頃になると、食事量の低下が出現し、腹囲が97.5cmを示し、半月で7cm増加する。血液の酸素飽和度が88-89%と低下する。同時に、腹腔穿刺が実施され、腹水の排液が試みられた。

さらに、本人は苛々して、「体の自由が利かない」と不満を述べ、つらい気持ちを訴える。

この頃の看護師の対応は主治医と連絡を綿密にとりながら、訴えをよく聞くことを重点に置きながら同時に、身体的なケアが行われ、下肢の倦怠感には、マッサージを行い、心窩部不快感には湿布の投与が行われ、腹部にメント湿布が塗布された。気分の良いときには、車椅子でテニスコートの周りを散策したりした。本人は看護師に依存的

になる反面、不機嫌で、暴言を吐いて後で謝るというエピソードが頻回に見られた。

3月下旬、診察時に「もう少し長生きをしたかった」と涙ぐみ、抑うつを呈した。

この頃、眼球結膜に黄疸がみられる。背部痛、腹痛に鎮痛薬の座薬（レベタン座薬）が使用される。

4月初旬、腹囲107cmと拡張し、1週間後には腹囲が113cmとなり、その間に腹腔穿刺を数回実施し、腹水の排液（1回の量は10～100ml）を試みている。

4月中旬、血圧低下の傾向（BD98/50mmHg）を示し、降圧剤の投与が中止となり、点滴の開始（ソリタ T3号500ml）、尿管留置カテーテルの挿入する。しかし、不機嫌で、尿管留置カテーテルを自ら抜去してしまうので、一時中止をする。

この頃から、身体的なレベルの低下が顕著であり、向精神薬を中止する。

死亡4日前から、夜間に大声を出すなど不穏を呈し、せん妄状態を呈する。

死亡2日前に、呼吸が不規則となり、呼びかけに無反応となり肝性昏睡に陥った。

4月22日に、下顎呼吸、喘鳴、昏睡が継続し、午後11時41分に死亡する。

<症例1の総括>

- 1) 67歳の統合失調症（解体型）の無職の女性。
- 2) 現病歴

高校2年生（17歳）の時に、家族否認妄想で発症し、精神科的加療を受けた。

20歳の時に、別の精神科病院に10ヶ月間入院した。26歳頃に、嫌人的となり、昼頃に起きだす無為自閉の生活が始まり、異常行動や空笑が出現した。31歳時に、幻聴、被害妄想、無為自閉、無関心が認められ、分裂病残遺状態でE精神科病院に入院する。

E病院入院後の35年間の経過概要は幻聴体験、被害関係妄想が認められ、意欲減退、感情鈍麻などの残遺状態が継続し、基本的にはほとんど変化が見られなかった。

45歳頃から、深刻みを欠き、一方的で頑固な心氣的愁訴が出現し、心気症状が加味されるようになった。その後も心気症状が前景に出て、幻覚妄

想症状が背景に後退することがしばしば認められた。62歳の時に、被害関係妄想や追妄想が強まり、不安・興奮が出現し、一時閉鎖病棟に転棟となった。

転移性肝がんの発見当時の精神状態は、幻覚妄想を随伴しながら、身体的不定愁訴を前景に出現させた分裂病残遺状態であった。

3) 転移性肝がんの発見から終末期までのケアの概要

67歳の1月に、下痢を伴う原因不明の38度台の熱発全身倦怠感、右下腹部痛が出現し、診察にて、肝臓肥大、腹水が認められ、大腸原発の多発転移性肝がんと診断された。手術不能で、予後は3ヶ月と家族が告知を受け、本人には肝臓が腫れていると内科医師から説明を受けた。その直後、主治医が妹と面談し、現在の症状の説明と今後の療養計画について協議を行う。

2月中旬、夜間に呼吸困難が出現し、トイレに立つ時以外は臥床していることが多くなり、個室に転室する。

本人の精神状態は、幻覚妄想が出現するものの、落ち着いている。

3月中旬、本人は「体の自由が利かない」と苛々し、易怒的となることが多く認められた。

3月下旬、診察時、「もう少し長生きをしたかった」と涙ぐみ、抑うつを呈する。

この間の医療側の対応は、患者を孤立させないように本人の訴えや希望をよく聞き心のケアに重点を置きながら、同時に身体症状のケアを並行し、家族も頻回に面会に見え、本人の不安を軽減するように支援していた。

4月中旬、夜間せん妄となり、21日肝性昏睡に陥り、22日死亡する。

(2) 症例2 死亡時 67歳、男性、無職

[診断] 統合失調症（緊張型）

[生活史および現病歴]

A市に同胞3人の第2子、次男として出生する。父親は運送業に従事していた。父親は本人が小学5年生のときに、愛人を作り家出をしてしまい、母親が子供たちを養育した。地元の高等小学校を中くらいの学業成績で卒業後、上京し、B精機に約5年間勤務した。敗戦後、帰郷し、農業の

手伝いをしていた。病前性格は温和、内向的である。特定の宗教はない。

31歳の5月に、C子と結婚し、男子を儲けた。

34歳の夏頃から、不眠、幻聴、関係被害妄想、精神運動性興奮、独語などの精神変調が出現し、35歳の2月初旬にE病院精神科に第1回目入院、電気ショック療法16回試行し、軽快し同年3月初旬に退院した。しかし、すぐに再発し、同年3月中旬に同病院に第2回目入院。入院後すぐに無断離院をして、その足でF総合病院精神科に転院し、39歳の12月に同病院を退院した。

その後、A市内のG保育園に雑役として、47歳頃まで約8年間勤めた後、知人の左官屋で数年間勤務した。

50歳の11月頃まで、服薬を継続していた。その間、春と秋の年2回決まって、精神状態が悪化し、仕事を休むことが多かった。

51歳の2月頃から、無為、自閉が出現し、家の入り口や窓を釘で打ちとめて、外界との接触をしない生活をし、妻子とは別居生活が始まり、同年の9月に協議離婚をした。51歳の12月に、筆者である主治医と市の保健師、市の福祉担当者と、病院ケースワーカー、看護師による患家の往診が行われE病院精神科に第3回目の同意入院となった。

3回目精神科入院後の経過の概要は次の通りである。

入院時の所見は、陽性症状を認めず、感情鈍麻、無為、自閉、思考の障害など陰性症状が認められ、人格の水準の低下、欠陥状態を呈していた。身長163cm、体重50kg。BMI=18.8で痩せていた。

入院3年目頃から、市内に他患と一緒に外出し、買い物や、外食をしてくるように改善し、体重も60kg前後に増える。一方、息子の面会が散発的となり、年に1回位となる。

56歳頃から、院内作業や農作業の作業療法やレクリエーションに参加する。

57歳の秋に、本人に内緒で息子が結婚する。

58歳頃、病棟内では問題なく、院内寛解の状態となる。

60歳の時（入院10年目）に、退院の話が主治医から出るが、本人は「退院して一人でやる自信が

ない」「一人で生活するよりも、入院していたほうが楽だ」と嫌がる。

その後、病院の農作業に参加していた。

〔家族歴〕父親が胃がんで死亡。長兄は消息不明。弟は市内で電気工事店をしている。息子は高校を出て、A市団体に勤務。

〔既往歴〕30歳時、左顔面神経麻痺。58歳時、肛門周囲膿瘍の手術。60歳時、胃潰瘍。

66歳時、左踵骨骨折、脛骨骨折。

〔胃がんの発見から終末期まで〕19xx年3月～19xx年7月までの5ヶ月間（図2）

19xx年（67歳）3月中旬、「食べたものが胃につかえる感じ」、「硬いものがひっかかる感じ」と訴え、食物の通過障害が出現した。同月下旬に胃透視を実施し、その結果、胃癌の疑いがもたれた。同月末日に、H病院外科にて胃カメラを施行した。その結果は、胃角部から体上部、前壁から小弯さらに後壁に広がるボールマン3型の腫瘤であり、生検にてグループⅣの悪性段階であった。このときの臨床検査成績は表2に示してある。

4月6日に、H病院外科に手術の目的で入院する。しかし、入院後、本人は手術を強く拒否しているために開腹手術をせず、1週間後に同じE病院精神科に再入院となった。

このときの外科および精神科の処方は、次の通りである。

処方 1) UFT (テガフル・ウラシル) 3 caps
3×毎食後
2) アボビス 3 caps
ベリチーム 1.5g
ミヤBM 3.0g 3×毎食後
3) プルセニッド1錠 1×就寝前
4) CP (chlorpromazine) 100mg
clocapramine 50mg
PM (promethazine) 50mg 1×夕食後

xx年（67歳）4月中旬に、弟夫婦と一緒に来院し、E病院精神科に再入院する。

そのときの所見は、硬い表情で口数少なく緊張し、不安・緊張状態であり、陽性症状は認められなかった。痩せている（体重46kg）。この時の血液検査および生化学検査は表2に示してある。

「がんと言われた。そうならば手術をしてもしょうがないし、なんとなく手術がおっかない気

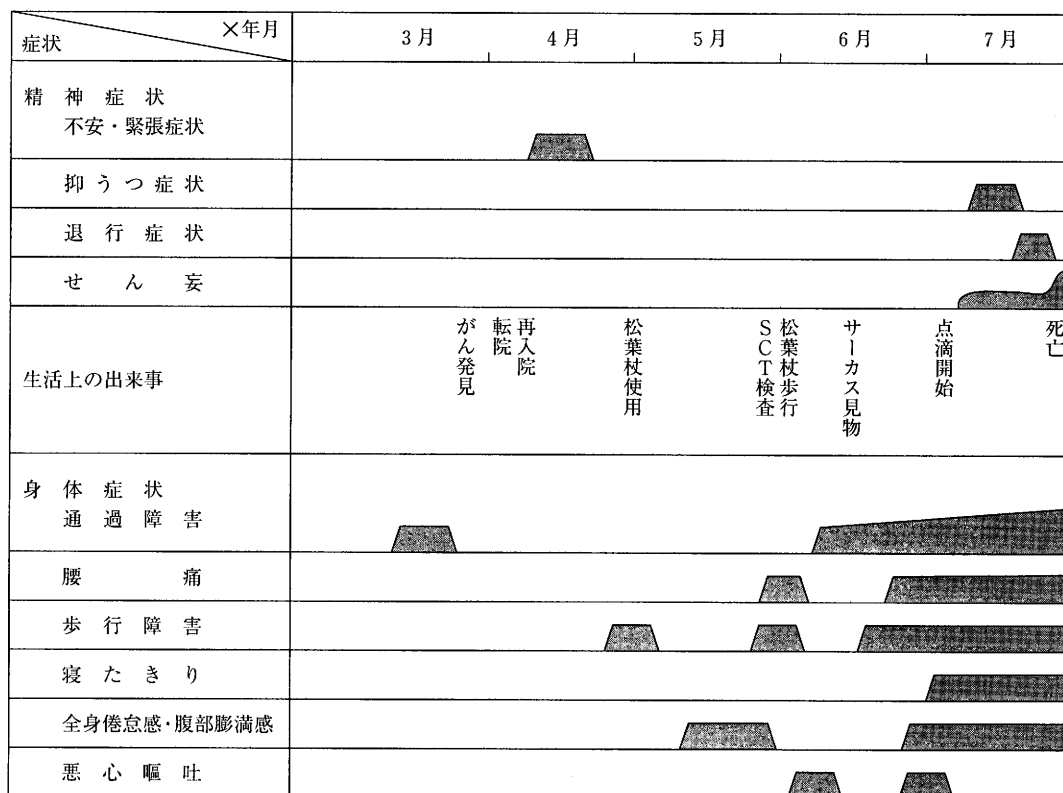


図2 症例2の臨床経過

がする」と手術に対する恐怖を語り、手術を拒否した理由を述べる。

しかし、その後主治医が外科担当医に問い合わせたところ、ガンの告知はしていないとの報告であった。また、同外科に同行した看護師の報告によれば、外科医から胃が萎縮し、調子が悪いので入院治療を勧められたという。

再入院にあたり、家族と協議をし、長期入院をしており、主治医との間に15年以上にわたる治療関係が樹立されていることを確認し、次のような治療方針を定める。

- (1) サイコオンコロジー（精神腫瘍学）に基づいて、治療を行い、精神科病院にて終末期までケアをする。
- (2) 疼痛の緩和および本人を孤独にさせないことをケアの中心として重視する。
- (3) チーム医療を行い、本人のニーズに可能な限り応じるように対応する。
- (4) 精神科治療も並行して実施する。

再入院後の経過の概要：

4月中旬 入院1週間後 柔らかな表情を呈してくる。食事は軟采・粥食とする。

4月下旬 入院2週間後 右踵部痛を訴え、跛行し松葉杖を使用する。

抗がん剤の服用により、「胃のつかえた感じは取れたような気がする」と述べるものの、食事について油濃いものを食べると「むかつく」と嫌がる。

「なんだか、自分はだめのような気がする」と弱気な発言を吐く。

5月初旬 弟の面会がある。その後頻回に弟夫婦の面会が行われる。ただし、別れた妻子の面会は皆無であった。

5月中旬 院内作業に従事している。

抗がん剤の投与は同一量が維持されるが、抗精神病薬の減量する（CP 50mg, clozapamine 50mg, PM 50mg）。

この頃に腹部膨満感、全身倦怠感を訴える。

5月下旬 SCT (sentence complete test) 文章完成法テストの結果は次の通りである。解答ありの

表2 臨床検査成績

基準値	4月15日	5月18日	6月18日	7月20日
血液検査				
白血球(4000-8000)	9400		8000	
赤血球(440-550)×10 ⁴	421		433	
ヘモグロビン g/dl	13.2		14.2	
ヘマトクリット %	42		44	
血液生化学検査				
GOT(8-40) IU/l	28	33	36	89
GPT(5-35) IU/l	12	18	15	41
ALP(100-280) IU/l	280	291	329	714
γGTP(50以下) IU/l	17	19	26	179
TCho(140-220) mg/dl	178	200	219	196
総蛋白(6.7-8.3) g/dl	7.2	7.3	7.7	6.3
アルブミン(3.8-5.3) g/dl	4.4	4.2	4.5	3.4
総ビリルビン(0.2-1.0) mg/dl	0.6	0.6	0.7	1.5
尿検査				
蛋白	-	-	±	±
糖	-	-	-	-
ウロビリノーゲン	±	±	+	++
潜血	-	-	-	-

項目が33%、解答なしの項目が67%を示した。セルフ・イメージ；おとなしい、ボディ・イメージ；胃の悪いことが心配、対社会的態度；将来の希望は年をしているので別にない、死・自殺について考えたことはない。一般対人関係；友人なし。

6月初め 下肢痛を訴え、時々松葉杖歩行をしている。

診察時、市内に公演にきた巡回サーカスの見物を強く希望する。その後に同室の患者数名とともに外出し、食事を摂り、サーカスの入場券を購入し帰院する。

6月中旬 UFT（テガフル・ウラシル）の副作用の悪心・嘔吐を訴える。

「UFTとアボピスを食前に飲みたい」と希望し、その要求通りに服用する。「よく眠れるが、食欲はあまりない。一度にたくさんは食べられない。食べるとつかえる感じがする」と通過障害を訴える。しかし、日常生活では、カラオケや卓球のレクに参加し、ソフトボールの練習を手伝うなど比較的活動的であった。

6月16日 入院2ヵ月後、本人と主治医とほか9名の患者がサーカスを見物する。このとき本人は引率者の責任者の一人としてタクシーの準備や人選選びに活躍する。

その後、急速に病状が進行していく。

倦怠感、嘔気、右胸部痛あるいは腰痛を訴え、ボルタレン座薬（25mg）を挿入する回数が増加する。さらに食物の通過障害が増悪をきたし、少量しか摂取できず、ここ1ヶ月間に体重が4kg減少する。

精神的には落ち着いている。胃の手術について質問されると、「自信がない、やらない」と答える。

6月下旬 右胸部痛・左腰部痛を訴え、ボルタレン座薬の使用し、冷湿布が施され、臥床していることが多くなる。腰痛が強く、歩行困難となり、ポータブルトイレを使用する。

6月下旬のある日 午前中嘔気が強く、朝摂った食事を嘔吐したり、ドリンク剤を服用するも、その直後に嘔吐する。

この日から、本人の希望により点滴療法を開始する。ソリタT3号500mlにモリアミン、ビタミン剤を添加したものが点滴静注される。

6月末日 体動時、背部痛がある。ボルタレン座薬を使用し、疼痛が軽減し、起座が可能となる。しかし、起座になると、左側背部痛が増強し、人に触られただけでも痛いという。

さらに、舌が荒れ、黒っぽくなるという、食事

は胸がつかえると摂取しない。

この頃から、1日2回朝・夕にボルタレン座薬(25mg)の挿入を増やし、疼痛を軽減させ、腹部にメンタ湿布を実施している。

喫煙所にベッドごと移動させてもらい、喫煙することやラジオでプロ野球放送を聞くことが唯一の楽しみである。

7月初旬 寝たきり状態となるものの、喫煙時に外の「風」にあたって気持ちがいいという。

7月中旬 本日から、処方にあスピリン4gとプリンペラン3錠が追加される。

この頃から、昼間眠気が強くなり、意識レベルの低下が出没してくる。同時に、食事摂取がこの頃からできなくなり、服薬管理も困難となる。体重が39kgで4月の時と比べて7kg減少する。喫煙コーナーにて、1日3-4回の喫煙が看護師や他患との交流が行われ、本人の憩いの場所となっている。舌炎に蜂蜜の塗布が行われる。

さらに、自分名義の不動産(宅地;101.6m²、居宅;37.19m²)を弟に贈与する。

7月18日頃、眩暈感や口唇の荒れ、自信欠乏を訴え喫煙要求がなくなり、元気がなく抑うつ状態となり、「ものがつかえてしまって、食べられないからだめだ」「俺は、もう先が短いからどうしようもない。自分のことは自分でわかる」「生きていてもしょうがない」「煙草はおいしくない」と悲観的で、諦念感が認められた。疼痛を積極的には訴えなくなる。同時に、自分の過去の出来事を悲観的に語った。

7月21日頃、悪液質が顕著となり、個室に転室し、家族に付き添ってもらう方針。しかし、本人は「弟嫁じゃ」と気兼ねを示す。

7月下旬 点滴中に、腰痛、背部痛、腹部痛が出現し、点滴を嫌がる。

7月28日 ナースコールを手から放さず、看護師がその場から離れるとすぐにナースコールが鳴らされ、依存が強く出現した。膀胱留置カテーテルの設置。

その翌日 ナースコールを握らせても、落としてしまう。お粥を口に入れるも、咀嚼できない。話しかけても、うなるのみで、体動時の疼痛も訴えなくなり、反応が鈍くなり、意識レベルがはっきりと低下してくる。発汗、微熱、無尿が出現す

る。

7月末日 昏睡状態となり、同日午後10時32分に死亡する。このときの腎機能検査では、BUN126.5mg/dl(基準値7-23mg/dl)、クレアチニン2.1mg/dl(基準値0.5-1.2mg/dl)、尿酸12.6mg/dl(3.0-7.5mg/dl)であり、尿毒症を呈していた。

<症例2の総括>

- 1) 67歳の統合失調症(緊張型)の無職の男性。
- 2) 現病歴

34歳頃に、不眠、幻聴、関係被害妄想、精神運動性興奮、独語などの精神変調が出現し、35歳の2月にE病院に第1回目入院、約1ヵ月後に退院したものの、その直後に再発し、F病院に転院し、同病院に4年間在院していた。

その後、約8年間A市内の保育園に雑役として、勤務していた。その間も精神症状が年に2回くらい悪化し、仕事休むことが多かった。

51歳の2月頃から、無為、自閉症状が出現し、同年12月にE病院に同意入院に至った。入院時所見は感情鈍麻、無為、自閉、思考障害などの陰性症状が認められ、人格水準の低下、分裂病残遺状態を呈していた。入院後経過では、入院3年目頃から、徐々に症状が改善し、院内の作業や農作業などの作業やレクリエーションに参加し、院内寛解状態に達していた。

- 3) 胃がんの発見から終末期までのケアの概要

67歳の3月中旬に、食物の通過障害が出現し、外科にて胃カメラを施行した。その所見はボールマン3型の胃がんであり、生検にて悪性の結果であった。

4月上旬に、外科病院に転院した。しかし、本人が強く拒否したために、手術をせずに精神科に再入院となった。

再入院にあたり、家族と今後の療養計画について協議を行った。

再入院後の経過について

入院2週間後、「胃のつかえた感じは取れたような気がする」と述べるものの、「なんだか、自分はだめなような気がする」と弱気である。

入院1ヵ月後、腹部膨満感、全身倦怠感を訴える。

入院2ヵ月後、本人と主治医ほか9名の患者がサーカスを見物する。この際、本人は引率者の責

任者の一人として活躍する姿が最後の輝きであった。

その後、急速に身体症状が悪化していく。

入院10週間後、寝たきり状態となり、点滴療法を開始する。

喫煙所にベッド後と移動させてもらい、喫煙することやプロ野球放送を聞くことが唯一の楽しみとなる。

入院3ヶ月後から、昼間から眠気が強くなり、意識レベルの低下がときどき認められ、食事摂取が困難となる。

死亡2週間前頃から、悲観的、希死念慮、諦念感が認められ、抑うつ状態が一過性に出現し、自分の過去の出来事を悲観的に語った。

死亡9日前から、家族が付き添い、個室に転室した。この頃から、悪液質が顕著となり、退行状態が出現した。

死亡2日前に、昏睡状態となり、尿毒症を呈し死亡した。

IV 考察

(1) 本研究の特徴について

本報告例の背景、がんの臨床経過、主な処置について述べると次のように纏めることができる(表3)。まず、症例の背景について、性別では女性1名、男性1名であり、平均年齢は67歳であった。基礎疾患はともに統合失調症であり、病型は解体型と緊張型がそれぞれ1名ずつであった。平均罹病期間は41.5年で、症例1は10歳代に、症例2は30歳代の発症であった。平均在院期間は28.5年であった。このように長期在院を呈している慢性統合失調症患者が本研究の対象の背景である。

つぎに、がんの発生部位は、大腸と胃であり、ともにがん転移を示し、手術の適応は認められず、肝性昏睡と尿毒症が死因であった。がんの臨床経過期間は平均4.5ヶ月であり、一般に言われているターミナルの時期は死の転帰をとる前の6ヶ月間をさしており、本報告例はターミナルの時期に該当している²⁵⁾。

本報告例のがんの臨床経過について、身体症状のプロセスと精神症状のプロセスに分けて述べる。

身体症状のプロセスをみると、初期には発熱、全身倦怠感、肝肥大、腹部膨満感、悪心嘔吐などの多彩な身体症状を示し、さらに中期においてがん転移によると考えられる腹水、呼吸困難や腰痛が出現し、末期にはともに寝たきりとなり死を迎えている。緩和ケア病棟への入院時症状の頻度について調べた研究²²⁾は、疼痛66%、全身倦怠感49%、呼吸困難39%、食欲不振32%、せん妄30%、嘔気・悪心20%と報告し、疼痛の頻度が最も高い。精神疾患を有する患者の緩和医療に関する検討を行った報告¹⁸⁾によれば、統合失調症の慢性欠陥状態にある患者が終末がんに罹患すると通常のがん患者と同様に多彩な身体症状を呈しているといい、私たちの報告に一致していた。

精神症状のプロセスを辿ると、初期には易怒性・易刺激性、不安・緊張など神経過敏症状が出現し、中期になると抑うつが進行し、末期にはせん妄や、昏睡など意識障害が加重し死を迎え、幻覚妄想症状の悪化を招かなかつた。このように、私たちの症例では終末期がんに罹患すると通常のがん患者と同様に多彩な身体・精神症状を呈することが指摘できた。一般に、がん患者にみられる臨床的に問題となることの多い精神症状は、適応障害、大うつ病、せん妄であり、終末期になるに従いせん妄などの器質性精神障害の出現が増加するといわれ、本報告例の終末に認められたせん妄状態と軌を一にしていた。

総合病院精神科の立場から悪性腫瘍を合併した統合失調症について検討を加えた野島ら²¹⁾は、慢性統合失調症で人格の荒廃しているケースでは疼痛や精神症状の訴えが少なく、意思疎通が困難でターミナルケアの治療方針の選定が困難であると報告し、私たちの報告とは異なる結果を示している。この不一致の原因について検討してみると、悪性腫瘍合併時の精神病像の差異が関与していると考えられる。野島らの症例では、幻覚妄想を伴わず、無為、自閉、人格水準の低下が著明に認められ、重度欠陥状態を呈している。一方、私たちの報告例は、症例1では幻覚妄想を伴う中程度の分裂病欠陥状態を示し、症例2では院内寛解状態を示した。

さて、本報告例の特徴は、精神科単科病院における精神疾患を有する統合失調症のターミナルケ

表3 症例の背景、臨床経過、処置

	症例 1	症例 2
性別	女性	男性
年齢	67歳	67歳
基礎疾患 (病型)	精神分裂病 解体型	精神分裂病 緊張型
罹病機関	50年	33年
在院期間	36年	19年
がんの診断	大腸がん 多発転移性肝癌	胃がん
死因	肝性昏睡	尿毒症
転移の有無	有	有
告知の有無	無	無
手術の有無	無	無
がんの臨床経過期間	4ヶ月間	5ヶ月間
がん発見時の精神状態	幻覚妄想を伴う分裂病残遺状態	院内寛解状態
がんの臨床経過	〈身体症状のプロセス〉 発熱、全身倦怠感、肝肥大 ↓ 呼吸困難 ↓ 寝たきり状態 〈精神症状のプロセス〉 易怒性・易刺激性 ↓ 抑うつ ↓ 夜間せん妄 ↓ 肝性昏睡	〈身体症状のプロセス〉 全身倦怠感、腹部膨満感 ↓ 胸部痛、腰痛 ↓ 寝たきり状態 〈精神症状のプロセス〉 不安・緊張 ↓ 抑うつ ↓ 退行 ↓ 昏睡
主な処置内容	抗がん剤の使用 輸液 消炎鎮痛剤 腹腔穿刺、酸素吸入、利尿剤	抗がん剤の非投与 輸液 消炎鎮痛剤

アの報告である点にある。現在精神科病院に入院している患者数は約33万人であり、そのうち65歳以上の患者の占める割合は約3割強であり、精神科病院において高齢化・長期入院が著明となっている実情がある。精神科病院に在院している患者がターミナルケアを受ける機会は決して少なくないものと考えられる。同時に、ケアの基本は包括的あるいは全人的なものであるといわれ、ターミナルケアへの精神科医の関与が必要となる。因みに、2000年における全国の65歳以上の人の占める割合は17.3%である。しかし、これまで精神科単科病院におけるターミナルケアの実践報告は少ない。その理由をあげてみれば、次のような要因が

考えられる。

- ① ターミナルケアを行う患者が発生した場合、一般的には専門病院への転院を考慮する。本人や家族の同意を得て、転院となることが多い。転院先には、総合病院精神科かあるいは精神科を併設する一般病院が挙げられ、転院先の精神科医が主治医となって精神科治療にあたる。しかし、患者の精神症状が落ち着いており、身体科病院での入院が可能な場合には、身体科病院に転院する場合がある。この時には、精神症状の管理はこれまでの精神科医が受け持つ必要性が生じる。
- ② 次に、ターミナルケアを必要とする患者が出

現したが、幻覚妄想や衝動行為が持続し、問題行動が頻発し、管理上転院を断念せざるを得ない場合が挙げられる。この場合には、問題行動の対応や精神症状の鎮静化が優先し、ターミナルケアの実践は二の次にされる可能性が高い。

③ 実際にターミナルケアを実施しているものの、報告するには十分なデータがそろっていない。そのために、実践報告が少ない。

④ 精神科医ががんの特徴やその身体的疼痛の治療をはじめがん治療に対して、必ずしも十分な知識や技術を有しているとは限らず、身体的治療への不安の現われが精神科病院におけるターミナルケアの実施を少なくさせている。

悪性腫瘍が精神科病院に入院中に発見され、すでに手術の適応がない長期入院患者に対する対策は、これまで十分に論じられてこなかった。Cure（治癒）を第一義として発展してきた現代医学において、現在のあらゆる医療技術を駆使しても治癒の見込みがなく、死期が近いという状態においては現代医学が無力であり、care（ケア）への配慮が必要となる。しかし、cure から care への移行は精神科病院においてスムーズに行われず、cure へのこだわりを示し、不適切な治療が行われている実情がある。そこに、精神科病院でのターミナルケアの必要性が認められる。私たちの報告は精神科病院においてターミナルケアを実施したことを報告し、精神科病院においてターミナルケアを実践できることを示した点に意義がある。ターミナルケアはホスピス・身体科病院で行うものであるという考えに縛られず、精神科病院においても可能であることを明らかにしたところに本研究の価値がある。

さらに、精神科単科病院におけるターミナルケアの実施を推進するためには、酸素吸入、痰の吸引、褥瘡の処置、導尿などの医療設備の充実や個室などの拡充、同時にマニュアル作り、看護師に数や勤務体制の拡充が必要となる。

(2) ターミナルケアと抑うつ

がん患者のうつの頻度は、がんの病気の進行に従って若干増加するが、大うつ病として9-29%、抑うつ状態として13-45%で、身体状態が重篤になる終末期にはうつの頻度が増加する¹⁷⁾。

がん患者の大うつ病を診断する上での問題点は、がんによる身体症状が、食欲低下や体重減少、睡眠障害、倦怠感など大うつ病の身体症状と鑑別困難なことである。しかし、身体疾患を有した患者の大うつ病の診断に際しては、大うつ病を見逃さないことが重要であり、大うつ病症例を過小評価しないほうが望ましいといわれる^{2,25)}。

明智ら¹⁾はがん患者の大うつ病の臨床的危険因子としてつぎの4つをあげた。

- (1) 身体および医学的要因；疼痛、進行・再発がん、身体機能低下など
- (2) 薬剤性要因；抗がん剤、ステロイドなど
- (3) 心理および精神医学的要因；神経症的性格、悲観的なコーピング、うつ病の既往、アルコール依存など
- (4) 社会的要因；乏しいソーシャルサポート、経済的問題、家族の問題。

中でもコントロールされていない痛みの存在は大うつ病における最大の原因のひとつであり、疼痛の適切なコントロールがターミナルケアのすべてに優先する。

がんの告知と抑うつ状態に関しては、がんという診断に対する通常反応の第2段階において出現が認められるという。これらの報告^{9,26)}を参照すると、がんの告知に対する最初の反応はショック・否認・絶望などの初期反応が2-3日認められる。それに続く不安・抑うつ気分、食欲不振・不眠、集中力の低下・日常生活の支障などのうつ状態が1-2週間一過性に出現する。この時期を過ぎると患者は適応の段階に達し、新しい情報への適応をし始め、現実的問題への直面し、活動の再開や・開始ができるようになる。

がん患者の終末期にみられる抑うつ状態の治療について議論を進めてみる。患者の生命予後が日単位あるいは週単位で予想される場合には、三環系抗うつ剤などは効果発現までに時間がかかり、また副作用の出現を考えると使用しにくいといわれる。症例1では、死亡3週間前に、症例2では死亡2週間前に抑うつ状態が出現していた。しかし、私たちは抗うつ剤の投与を実施しなかった。その理由は抗うつ剤の効果発現までの時間がかかることおよび、身体的に衰弱した状態であり、経口の投与が困難であることが指摘できた。さら

に、ターミナルケアでは最小限の投薬で、本人のその人らしい尊厳なる生を送れるように援助することに心がけたことが大きな理由のひとつであった。本報告例に認められた抑うつ状態の経過を辿れば、短時日のうちに消退していることが判明している経験からは、抗うつ剤の無投与は考慮される価値はあると思われる。むしろターミナルケアにおける患者とのコミュニケーションに十分に時間をかけることのほうが重要と思われた。これは Kübler-Ross の述べる準備性抑うつ¹⁶⁾に対する対応と一致し、共通していた点であった。

ところで、終末期がん患者には、10～24%という少なからぬ頻度で希死念慮が認められており、希死念慮はしばしば治療可能な要素を伴うことが指摘されている¹⁹⁾。本報告例をみれば、症例2では希死念慮の出現が認められているものの、家族の付き添いや個室への移動など環境面の調整を実施することにより、それは持続せず一過性の発現を示し、積極的加療を施さずに経過し消退した。

(3) 統合失調症者のがん末期における心理的過程について

多くの臨死患者に面接した Kübler-Ross¹⁶⁾は末期患者が次のような5段階を経て死を迎えると主張し、死にゆく心理的過程のチャート図を作成した。それによると、第1段階はがん告知を受けた「ショック」から「否認と隔離」が出現し、第2段階は「怒り」の段階で、第3段階は短い期間であるが「神との取り引き」の段階である。第4段階は「抑うつ」段階であり、これをさらにその性質や対応の仕方により反応性抑うつ（喪失への反応）と準備性抑うつ（末期患者が世界との決別を覚悟するために経験しなければならぬ準備的悲嘆）に分けた。最後の段階は「受容」であり、これらの各段階は必ず隣り合い、時には重なり合って進行していく。すべての段階を通じて患者は希望を持っていることを知る事が重要であるという。

ホスピスにおけるターミナルケアに長年従事してきた柏木⁸⁻¹²⁾は、末期患者の心理プロセスについて次のように報告する。欧米の患者と異なり、病名告知がなされず、回復への「希望」を持って入院してきた患者は次第に悪化する病状を体で感

じ、悪いものではないだろうかとの「疑念」を持つ。疑念が広がりがだすと患者は「不安」を抱くようになる。ここで患者の反応は、疑念や不安を職員に尋ねるか尋ねないかの2つに分かれる。日本人の場合、尋ねない患者が多く、8割の患者は「疑念」や「不安」を心の中に閉じ込めながら、「うつ状態」へ変化していく。尋ねる人に医師の的確な返答がなされない場合に「いらだち」を起こし、次第に「うつ状態」へと移行していく。こうして患者は死を迎えるが、死を目前にした患者の死に対する態度は、「受容」と「あきらめ」の2つになる。

このようにうつ状態の出現が死の間近いことを示唆しているという柏木⁹⁾の指摘は、私たちの報告症例にも認められ、症例1では、死亡3週間前に出沒し、症例2では死亡2週間前に出現した。しかし、死を目前にした患者の死に対する態度に関して、本研究ではこの2つの態度は確認することができなかった。この点について検討してみると、症例1では、抑うつ状態にあきらめの態度が認められていた。また、本報告例ではともに意識障害が死の直前に出現し、本人たちの日頃の精神状態を示さず、「受容」ないし「あきらめ」と断定できるような状態になく、死に対する態度の確認が困難であり把握できなかった。

末期癌患者の心理過程について詳しく研究した上野²⁷⁾は、がん認知の状況に応じた心理過程モデルを作成し、がん認知の程度により心理過程に相違が出ると報告している。がんと知っていた場合には、とくに告知を受けた場合の心理過程は、Kübler-Ross の心理過程に類似していた。また、がんに気付いてはいるが、患者自ら積極的に尋ねない場合では、不安・恐れ・抑うつの3種の心理状態が交錯しながら死を迎えるという過程が認められる。一方、がんとまったく知らなかった場合には、不安と抑うつが交錯しながら平板化した心理過程で死を迎えると述べている。

ところで、統合失調症のがん末期における心理過程についての文献はこれまでほとんど知られていない。そこで、がんが統合失調症者の精神的側面に及ぼす影響を検討する。

まず、統合失調症に見られる精神症状ががん末期にどのような影響を受けるのかについて検討が

必要になる。統合失調症ががんの末期に進展に伴って、それまで顕在化していた精神症状が改善ないし消退するということが考えられる。統合失調症が発熱や重症の身体疾患に罹患した事例において、精神症状・精神病状態が軽快ないし改善する場合があるということは多くの精神科医が臨床経験として知っている。一方これとは逆に、精神症状・精神病状態が悪悪あるいは悪化をし、病的体験の賦活化あるいは問題行動の頻発化することが想定される。この場合には、顕在化した精神症状の治療が優先され、ターミナルケアの実施が後回しにされる可能性が高い。さらに、本研究症例に認められたように、症例1では幻覚妄想症状や残遺症状はほとんど影響を受けずに終末期を経過し、症例2では精神症状の再燃は認められず、終末期を迎えている。総合病院精神科における悪性腫瘍を合併した統合失調症の報告²¹⁾では、手術後の精神症状の管理について論述し、精神症状は術後むしろ安定する傾向が示されたと述べる。

以上述べたように統合失調症のがん末期における精神症状の変化については様々な結果が想定され、一定した結果が得られていないのが現状であり、今後の更なる研究が必要と思われる。

つぎに統合失調症者ががん末期における心理的経過の展開過程について検討を行なう。

がん患者の精神疾患を対象とした研究から、がん患者には適応障害、大うつ病、せん妄の頻度が高いことが知られている。また、身体状態が比較的良好な時期には、適応障害、大うつ病の出現頻度が高い一方、終末期になるに従いせん妄の相対的な割合が増加することが示されていた³⁾。本報告例に見られた統合失調症者のターミナルステージにおける心理展開過程は既述したように、初期に神経過敏状態が出現し、中期になると抑うつ状態に進展し、末期には意識障害が出没し死を迎えているというステージのモデルが描かれた。

このように、統合失調症のターミナルステージにおける心理的経過の展開過程はがん患者の精神疾患の研究と同様の結論が導かれた。

(4) がん告知と統合失調症

がん告知についてアメリカのがん告知率は1960年代前半には90%以上の医師が告知をしないとい

う立場ととっていた。しかし、抗がん剤の開発などががん治療の進歩が顕著であることや真実を知ろうとする社会運動の盛り上がりにより、1970年代後半になると90%以上の医師が告知をする立場に逆転し、告知後にどのように患者を支えるかに力点が置かれるようになった。一方、本邦におけるがん告知率は1992年18.2%、1994年20.2%とかなり低率であり、実際の臨床の場では、告知はほとんど行なわれていないというのが実情である。

がん告知をしない理由を説明している柏木の報告¹²⁾によれば、次のようである。

- ① 医師の理由として、「ショックを受けて、ガタガタと弱るから」と患者の受容能力を挙げる。
- ② 家族の反対する理由としては、「神経質だから、病名を知るととても耐えられない」と患者の受容能力を挙げる。

受容能力とは「自分にとって不都合なことの中にも、自分が人間として生きているという証しを見ることができる能力」と定義した柏木は医療側がこの受容能力を過小評価していると指摘し、医療者や家族が、自分自身の中にある不安に打ち勝つことができなくて告知ができない場合が多いと明言する。さらに、告知の課題は告げられる側と告げる側の双方からアプローチされなくてはならないことを強調している。

ここに、がん告知の4条件として一般に知られているものを記載する。

- (1) 告知の目的が明確であること。たとえば、病名を知りたいという本人の希望を満たすこと、精神的な不安定を解消すること、仕事や家族や財産などに関してなすべきことを済ますことなどが挙げられる。
- (2) 患者に受容能力があること
- (3) 医師と患者・家族の間に十分な信頼関係があること
- (4) 告知後の患者の身体面および精神面でのケアの支援ができること

さて、統合失調症者ががん罹患した場合の告知の問題について、とくに長期入院患者における課題をあげて検討してみる。

上述したがん告知の条件の一つである受容能力が慢性統合失調症の問題としてあげられる。慢性

統合失調症によく認められる残遺状態があり、残遺状態における受容能力が検討されなくてはならない。残遺状態とは、精神運動の緩慢、感情の平板化、意欲の低下、情緒的引きこもり、会話量とその内容の貧困、非言語的コミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的役割遂行能力の低下、思考障害が出現している状態を指し、現実検討能力が低下した状態である。従来から分裂病性欠陥状態と呼ばれていた状態に相当する。このような状態では、自己のがん状態に関する認知・検討能力が低下していると考えることが妥当である。したがって多くの精神科医はがん告知に関して消極的姿勢を示す傾向を示す。症例1では、家族の強い要請もあって、全経過を通じて告知は実施しなかった。しかし、本人は自分の状態や周囲の状況から判断し、それとなく「がん」であることを認知していた。症例2では、告知に関して特異な経過を辿った。主治医は外科医のがん告知が行なわれたと解釈したが、本人は手術の目的で外科病院に入院したものの、外科医の説明を曲解し、手術に対する恐怖が出現し、結局手術をせずに精神科病院に再入院となるという経過を示した。ここに、精神障害者に対し、本人たちに理解できるように告知する困難さや告知後の対応の難しさが指摘できる。そこで、がん告知をする側が患者に対して本人たちにどの程度理解できたかを聴取するというフィードバックする機会をもてば、このような告知に関する曲解は減少することが可能と思われる。

告知の問題とその後の対応

精神科に入院している患者ががんに罹患した時に、精神科の主治医はどのように関与していったよいかは、これまで論じられることが少なかった課題である⁷⁾。

一般にがんに罹患していることが確定すると、身体科の一般病院に転院し、そこで治療を受けることが多く、主治医ががんの治療に直接関与する機会は稀であった。一般病院に転院した時には、精神科医は精神科の治療に関する諸問題についてリエゾンを持つことになり、関与を余儀なくされることが多い。

今回、私たちはがんに罹患した精神障害者のターミナルケアを実施したが、主治医からはがん

の告知はしていない。その理由のひとつはがん告知によって、精神的ストレスを与えたくないという気持ちがあった。また本人の精神症状における増悪の危険性を避けたい気持ちもあった。つまり患者に受容能力に問題があると考えたことによる。さらに、がん告知がなされなくても、ターミナルケアを実施できるのではないかという楽観的尊大な予測もあった。同時に、柏木の指摘するように、主治医側に自分自身の中にある不安に打ち勝つことができなく告知をためらっていた面もある。

また、単に告知をすればよいという問題ではなく、その後のフォロー体制が重要であることは論をまたない。

(5) 精神科病院でのターミナルケアの実践

1970年代の後半に病院死が在宅死を上まわり、日本人の大部分は病院で死ぬ時代となり、とりわけがんの患者の90%以上が病院死であるといわれている。ターミナルケアは主に一般病院やホスピス、緩和ケア病棟あるいは在宅ケアにおいて行われるのが一般である。精神科病院においてがんで死亡する人々の割合について調べた報告は少なく、その中で、ターミナルケアの報告はほとんど乏しい。このような点を考えると、精神科病院でのターミナルケアの実践は精神科病院でのターミナルケアが重要な課題であることがわかる。精神科病院でのターミナルケアの実践の報告はターミナルケアの拡充になる可能性に関して寄与すると考えられる。

一般に、ターミナルケアの3大要素は①症状のマネジメント；疼痛やその他の不快な症状がコントロールされていること、②コミュニケーション；患者と医療従事者との十分なコミュニケーション、③家族ケアが指摘されている（柏木）¹²⁾。

さらに、ターミナルケアを実践するためには

- ① 医療チームの連携が必要であり、主治医の治療方針と看護師のケアの統一・一体化が求められる。
- ② 家族の理解と協力が不可欠である。
- ③ 本人のニーズに対応できるように緩和ケアを可能な限り行う。

以上3点が列挙されている。それらの結果を考

慮すると、精神疾患患者が精神科病棟でターミナルケアを実施することの可能性が示唆される。

精神科治療や精神科リハビリテーションは包括的かつ多面的な治療が必要であり、同時に医学的・心理的・社会的アプローチが求められ、全人的な復権やノーマライゼーションが治療の目的となる。したがって、良好なコミュニケーションを伴いながら、医療チームの連携がとりやすいなど精神科医療にはターミナルケアを実践する共通基盤のかなりの部分が存在するものと考えられる。しかしながら、ターミナルケアにおける疼痛の緩和が最も重要であるものの、この点が精神科医にとって苦戦を強いられることも現実としてあり、精神科医療者にはWHO指針に準拠した3段階鎮痛コントロールに精通することが求められる。さらに、精神科病院においてターミナルケアを主体的に行なうことは、無力感や罪責感を伴いやすく、精神科医にとって大きな負担となる要素である。

さて、今回私たちが、がん疾患を持つ精神障害者のターミナルケアを実施した理由を考えてみると次のような要因が挙げられる。

- (1) 両症例ともに、約20年以上の長期在院患者であり、筆者が主治医として15年間以上治療関係を継続し、信頼関係が確立していたこと。
- (2) がん発見時に、手術の適応が皆無であり、ターミナルケアが唯一残された方法であった。
- (3) 本人のニーズは転院を希望せず、精神科病院で治療を強く希望していたこと。
- (4) 家族が転院を希望せず、退院後の受け皿がなく、入院の継続が考慮されたこと。
- (5) がんを早期に発見できなくて申し訳ないという罪責感が医療者側に存在し、その心理がターミナルケアを受け持ち、人生の最後の時を引き受ける行為となっていた。

ところで、本報告例における次のような課題が列挙できる。

まず、どうしてターミナルケアをしなければならない状況に陥ったか。もっと早くがんが発見できなかったかという点である。それに対しては、症例1の場合に身体的・心氣的愁訴があり、その

都度診察や身体的な検査を実施していたが、発見できなかった。発見時には進行したがん状態であった。症例2では、胃潰瘍の既往があり、抗潰瘍薬を服用し、無症状で経過していたものの、食物の通過障害が最初の症状であり、がん発見時には手術適応があった。しかし、詳述したように手術を実施せずに精神科病院でターミナルケアを行なった。悪性腫瘍の早期発見が困難な理由について検討した報告²¹⁾によれば、患者の認知障害と精神科医の身体疾患への関心の低さが早期発見を遅らせているといい、その研究結果を裏付ける結果となった。私たち精神科医療関係者はとくに身体的症状の発現に無頓着であったり、軽視する傾向があり²⁸⁾、この点に関して反省し、身体的検索の重要性を改めて認識したいと思う。

つぎに、ターミナルケアの実施場所が病院でなく、在宅ケアが可能かどうかを考察してみたい。つまり、自宅に退院の可能性はあったかどうかという点である。この点について検討する。在宅医療および看護を行なう際の家庭内問題点には、受け入れ態勢の問題や家族の介護能力問題などが示されている⁶⁾。本研究例では両症例ともに長期間在院しており、その間に両親の他界や子どもの結婚などが認められ、本人を受け入れる体制が脆弱化し世話をする人がいなかった。また同時に退院し単独で生活するには本人の精神症状や社会的生活能力が低下した状態にあった。このように自宅への退院は現実的には困難であった。

最後に、ターミナルケアを実施したときに、家族に与えた影響について一言言及すると、家族はそれまでに比べて面会に頻回に現れコミュニケーションをとり、本人のニーズにできる限り応じようとするところがみられるなどの好ましい効果が認められた。

V おわりに

私たちは、筆者が長年にわたり主治医として詳細な経過を辿ることができたがん罹患した統合失調症者2症例について報告した。症例1は、67歳の無職の女性であり、大腸がん、多発転移性肝がんと診断され、全経過が4ヶ月間であった。症例2は、67歳の無職の男性であり、胃がんと診断され、全経過が5ヶ月間であった。両症例の精神

科病院におけるターミナルケアの実践について詳しく報告し、考察を加え、精神科病院におけるターミナルケアの実行の可能性を示唆し、同時にその限界と今後の課題を指摘した。

本論文を本学前教授小片富美子先生の退職記念に捧げます。

文 献

- 1) 明智龍男、中野智仁、内富庸介「終末期ケア」臨床精神医学 増刊号;2000年、372-379頁
- 2) 明智龍男、鈴木志麻子、谷口幸司「進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法の state of the art」精神科治療学、18;2003年、571-577頁
- 3) 明智龍男、中野智仁、内富庸介「サイコオンコロジーの科学的基盤;精神症状の緩和を目指して」精神経誌、106;2004年、764-771頁
- 4) Chochinov, H.M., Breitbart, W.: Handbook of psychiatry in palliative medicine. (内富庸介監訳『緩和医療における精神医学ハンドブック』星和書店、東京、2001)
- 5) 福江真由美、内富庸介、皆川英明「がんへの適応に関わる要因」山脇成人監修『サイコオンコロジー. がん医療における心の医学』診療新社、大阪、2000年、4-7頁
- 6) 平山正美『死生学とはなにか』日本評論社、東京、1991
- 7) 堀川直史、山崎友子、川本恭子ほか「総合病院におけるターミナルケアへの精神科医の関与」臨床精神医学 22;1993年、1157-1165頁
- 8) 柏木哲夫「臨死患者の心理的援助」精神経誌 86;1984年、976-982頁
- 9) 柏木哲夫「ターミナルケアと精神障害」精神医学 29;1987年、89-95頁
- 10) 柏木哲夫「死の精神医学. 精神経誌 96;1994年、789-796頁
- 11) 柏木哲夫「ホスピスと精神科医」臨床精神医学 24;1995年、157-171頁
- 12) 柏木哲夫『死にゆく患者の心に聴く. 一末期医療と人間理解一』中山書店、東京、1996
- 13) 形浦昭克、郷久鉦二編『より良い生と死を求めて一現代におけるターミナルケアのあり方一』南山堂、東京、1999
- 14) 北村隆人「終末期患者の事例研究一くやしさと宗教的ケアについて一」精神科治療学、19;2004年、911-915頁
- 15) 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成14年度人口動態統計』厚生統計協会、2002
- 16) Kübler-Ross E: On Death and Dying. Macmillan, New York. (川口正吉訳『死ぬ瞬間. 死にゆく人々との対話』読売新聞社、東京、1971)
- 17) 久賀谷 亮、明智龍男、岡村 仁ほか「ターミナルケアにおける抑うつ」精神科治療学 13;1998年、35-41頁
- 18) 倉田明子、皆川英明、小鶴俊郎ほか「精神疾患を有する患者の緩和医療に関する検討」精神科治療学 17;2002年、467-475頁
- 19) 森田達也、井上 聡、千原 明「死を望む終末期癌患者への援助. 一ホスピスの経験から一」臨床精神医学 25;1996年、577-586頁
- 20) 長野大学産業社会学部編『いま、生と死を考える一豊かないのちを育む地域』郷土出版社、松本、2002
- 21) 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. 一コンサルテーション・リエゾン精神医学の立場から一』臨床精神医学 25;1996年、1449-1456頁
- 22) 坂下美彦、志真泰夫「ターミナルケア・緩和ケアと精神科との接点」臨床精神医学 31;2002年、397-382頁
- 23) 曾野綾子、アルフォンス・デーケン編『生と死を考える』春秋社、東京、2000
- 24) 立川昭二、佐藤 智『死から学び、生を考える』日本評論社、東京、2001
- 25) 内富庸介、皆川英明、岡村 仁ほか『終末期がん患者のコンサルテーション-リエゾン精神医学. 一うつと器質性精神症候群の精神科コンサルテーション』臨床精神医学24;1995年、149-159頁
- 26) 内富庸介、福江真由美、皆川英明「がんに対する通常反応」山脇成人監修『サイコオンコロジー. がん医療における心の医学』診療新社、大阪、2000年、8-19頁
- 27) 上野郁子「末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究」精神経誌 86;1984年、787-812頁
- 28) 上平忠一、萩原愛子、遠藤利治ほか「病院内の日常生活において生じた骨折とその予防について」精神科治療学 5;1990年、789-793頁
- 29) 上平忠一、竹内美鈴、宮崎まさ江「知的障害者施設におけるターミナルケアについての評価」長野大学紀要24;2003年、501-513頁