

特集：困難事例とカウンセリング

治療を拒否して対応に難渋したニューモシスチス肺炎発症 AIDS の 1 例

A Patient Who Refused Treatment with *Pneumocystis carinii*
Pneumonia from AIDS

松岡亜由子¹⁾, 森 祐子^{1,2)}, 石原 真理¹⁾, 羽柴知恵子¹⁾, 今村 淳治¹⁾, 中畑 征史¹⁾, 横幕 能行¹⁾
*Ayuko MATSUOKA¹⁾, Yuko MORI^{1,2)}, Mari ISHIHARA¹⁾, Chieko HASHIBA¹⁾,
 Junji IMAMURA¹⁾, Masashi NAKAHATA¹⁾ and Yoshiyuki YOKOMAKU¹⁾*

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター, ²⁾ 公益財団法人エイズ予防財団

¹⁾ National Hospital Organization Nagoya Medical Center, Center of AIDS Research,
 Education, and Support (CARES),

²⁾ Japan Foundation for AIDS Prevention

はじめに

HIV 感染症の診断後、抗 HIV 療法やその他の治療、臨床心理士の介入をも拒否した症例を紹介する。この症例はプライバシー保護のため論旨に影響しない範囲で内容を一部変更した。

1. 経過の概略

1-1. 症例 A

40 代、独身男性。行く当てがない人を数名アパートに居候させていた経験があるが、現在は独居。

家族構成：父は他界。母、兄、妹。

主訴：呼吸困難。

現病歴：20XX 年 Y 月、アメーバ肝膿瘍を契機に HIV 感染判明。当院初診時 CD4 数 59/μL, HIV-RNA 量 54,700 コピー/mL。初診時より HIV に関する治療を拒否し、アメーバ肝膿瘍治療完了後受診中断。20XX+1 年 Y+2 月、ニューモシスチス肺炎 (*Pneumocystis carinii* Pneumonia; PCP) 発症のため受診したが再び治療を拒否し帰宅した。20XX+1 年 Y+4 月、呼吸困難増悪のため再受診、PCP 増悪による呼吸不全と診断され入院となった。

アレルギー：なし。

嗜好歴：たばこ (40 本×23 年/day), アルコール (ビール 500 mL 缶×3 本/day)。

職業：長距離バスの運転手であったが、入院時は無職。

感染経路：同性間性交渉。輸血、献血歴、違法薬剤治療歴はなし。

1-2. 入院時所見

身体所見：身長 171 cm, 体重 60.5 kg。体温 38.0℃, 脈拍 90 回/分, 血圧 92/60 mmHg, SpO₂ 80% (室内気)。

胸部聴診：肺雑音, 心雑音は認めず。胸部単純写真は図 1 参照。

腹部：圧痛, 膨満はなし。

その他：顔面皮膚に脂漏性湿疹を認める。他、免疫不全に伴う所見を認めず。

検査所見：表 1 参照。

1-3. 入院時の治療方針

A さんは PCP, HIV 感染症の治療を拒否したため、主治医は以下の治療方針をたてた。

1. 酸素投与とモルヒネによる呼吸困難症状の緩和
2. 自宅近くの緩和ケア病棟への転院の調整
3. 臨床心理士の介入など心理面のケア

2. 臨床心理士の立場から見た視点

2-1. 第 1 期 治療する/しないに捉われていた時期；～20XX+1 年 Y+5 月 (図 2 参照)

治療中断から入院までの間に、A さんは家族に HIV を告知していた。家族関係のトラブルはなく、母親に対しては「自分の保険金で (母の足の) 治療をしてほしい。」と気にかけていた。兄弟に対しても「迷惑をかけたくない。」「自分のことを頼ってくれている。」と話していた。

治療拒否の理由として、「(かつて居候をしていた HIV 陽性者が) 手帳があるから医療費がかからないって墮落したのを見てきたから、それではいけないと思うし、そうなるくらいなら自分で命の線引きをしたほうが良い。」と医療費の免除を選ぶなら治療をしないという A さんの決意があった。

治療を勧める主治医に対し、「呼吸困難の緩和をしてほ

著者連絡先：松岡亜由子 (〒460-0001 名古屋市中区三の丸 4-1-1 名古屋医療センターエイズ治療開発センター)

2016 年 3 月 1 日受付

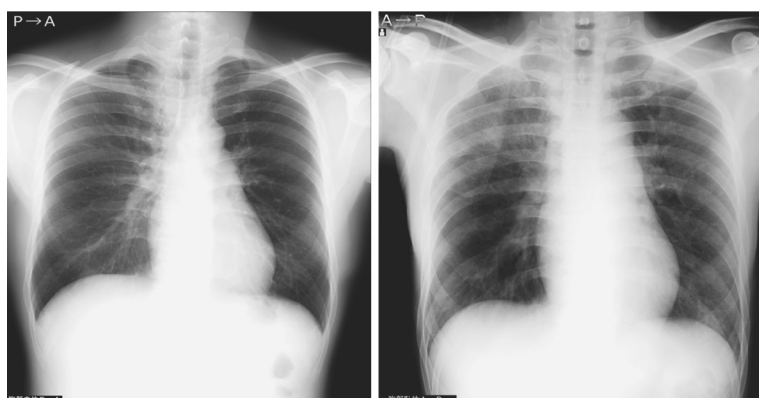


図 1 胸部単純写真 (左：初診時, 右：入院時)

表 1 検査所見 (20XX+1年Y+2月)

WBC	3,300/ μ L	CRP	0.41 m/dL
RBC	376×10^4 / μ L	BUN	10 mg/dL
Hb	12.7 g/dL	Cr	0.81 mg/dL
Ht	37%	UA	5.2 mg/dL
Plt	13.7×10^4 / μ L		
TP	7.8 g/dL	Na	143 mmol/L
Alb	3.7 g/dL	K	4 mmol/L
Tbil	0.5 mg/dL	Cl	105 mmol/L
AST	19 IU/L	β -D グルカン	73.8 pg/mL
ALT	17 IU/L	CD4 数	10 / μ L
LDH	179 IU/L	HIV-RNA	195,000 copy/mL

B型肝炎は既感染, C型肝炎, 梅毒は陰性。

しい」「モルヒネを使って今日にでも死なせてほしい。」などと拒否。治療は拒否するものの、症状が悪くなると「どうにかして。」と訴える A さんに対し、主治医をはじめ外来スタッフは本当に死にたがっているのか懐疑的であった。主治医は経過を見つつ心が変わらないか見守る姿勢をとっていた。

A さんは臨床心理士の介入も拒否し続けた。筆者は主治医に、直接的な介入は拒否しているが、何か力になれることがあれば言ってほしいと伝えた。主治医は C 病棟スタッフにもそのことを伝えたが、緩和ケア看護師 (以下緩和 Ns) が対応できる病棟でもあるため、緩和 Ns と連携して進めていく方針となった。

たまに顔を出すコーディネーターナース (以下 CNs) や特定の病棟 Ns に対しては「肺炎で死んだって言えば世間体にもちょうどいい。」「自殺だけはしてはいけないと思ってる。今自分がしていることはそれに近いことだと思うけど…。」などと比較的冷静に話ができている。しかし、病棟看護師 (以下病棟 Ns) に対しては「何もしてくれなくて

いい。」と言う一方で、「夜全然覗きに来てくれなかった。」「患者に愛が足りない。」などと怒っていた。病棟 Ns は、なるべく本人の意向に寄り添いたいが、他の患者さんは苦しくても治療を頑張っている人ばかりなので、どう寄り添えばいいか分からず困惑していた。

診療科長は「治療を拒否しながら外来を受診したり当院に入院することは矛盾する。回診も要せず。」と A さんに直接的に伝えていた。A さんは病棟 Ns に診療科長のことを「怖い。」と漏らしていた。

2-2. 第 1.5 期 『A くん』の誕生；～20XX+1 年 Y+5 月 (図 2 参照)

入院をしたものの、治療を拒否する A さんへの対応に苦慮していたころの Y+3 月、病院の近所で行われる祭りで入手した水風船を院内他部署の Ns が外来に届けてくれ、それが外来の詰所に吊るしてあった。A さん入院後、だんだんとしぼんでいく水風船を見た診療科長は、『ゴムが切れて水風船が落ちたら A さんも死ぬ!』と宣言する。その後水風船を『A くん』と呼び、つついたり、さらにしぼん

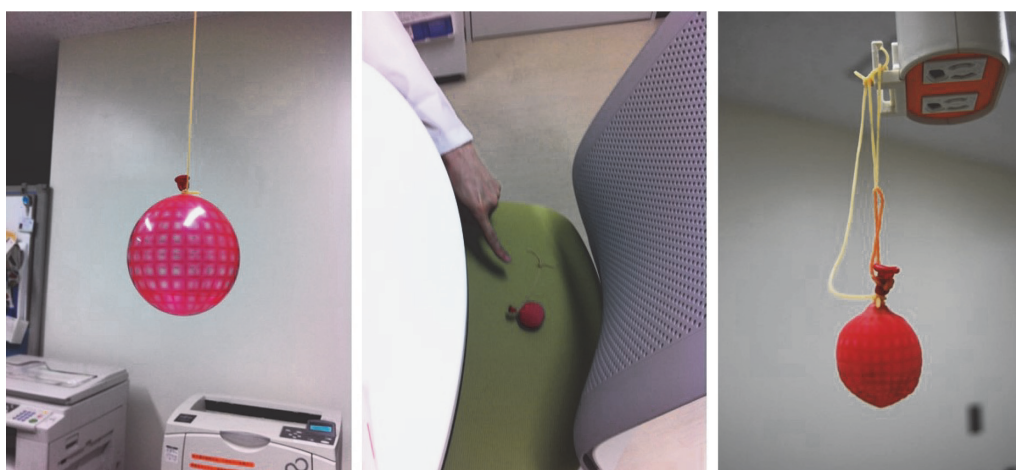


図3 『Aくん』の経過（左：Y+4月頃 中：Y+9月下旬落下時 右：Y+9月下旬救出後）

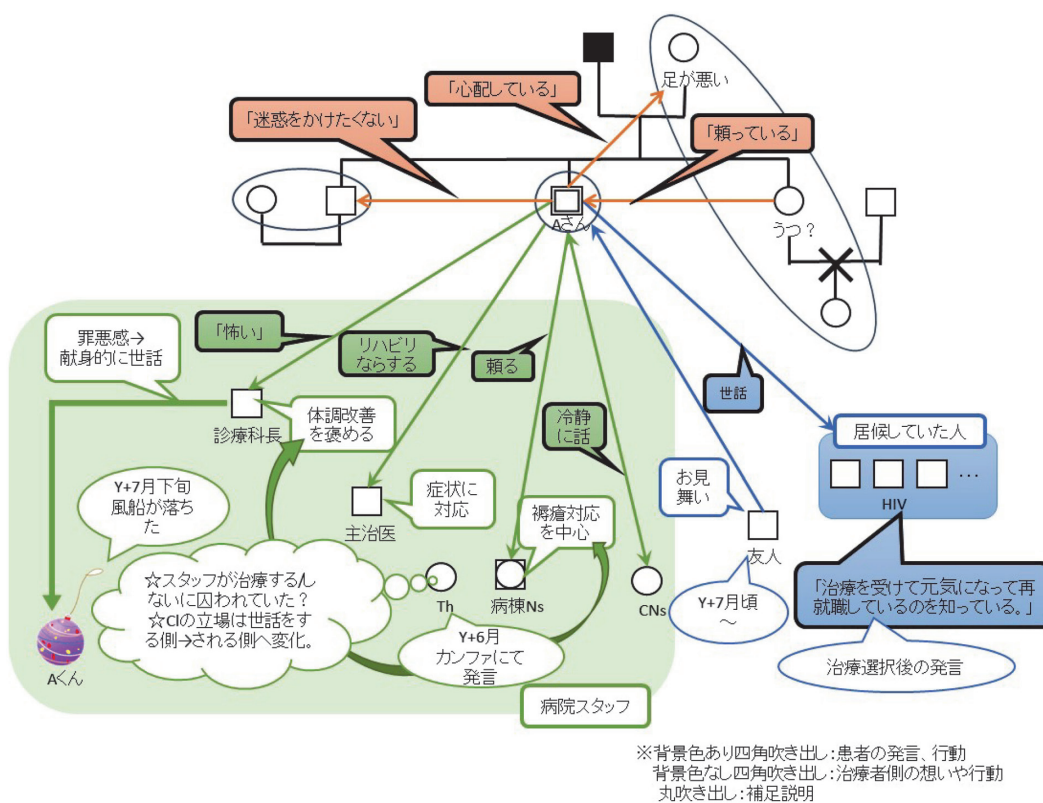


図4 Aさんと周囲の関係図（第2期）

D病棟Nsが行った処置に対して「ありがとう」などと感謝を述べるが増えていった。

Y+7月中旬、緩和ケア病棟入院を打診していたE病院より、受け入れは難しいとの方針が出された。この頃、友人がAさんのお見舞いにくるようになった。

Y+7月末の夜、外来詰所で診療科長とCNsが残業をしているときに、「ポトツ」と音がした。見上げると『Aく

ん』がない。二人は、ゴムが切れて椅子のクッションの上に落ちた『Aくん』を発見すると、破裂していないことを確認し、ありあわせの新しい輪ゴムを使って元の場所に吊るすことに成功した（図3）。その後診療科長は「罪悪感が湧いた」そうで、ゴムが切れても落ちないように、麻縄で作ったハンモックを設置した。また、Aさんのベッド移動があった際には、空いている棚をAさんの部屋に見

立て、「転床」と称して『Aくん』を移動させたり、「回診」と称して、水風船のゴムがまた切れていないかなどを毎日確認したりと、献身的に世話をしだす。

Y+8月中旬に友人と面会した次の日、Aさんは主治医に「肺炎と根本的な治療を受けようと思う。」と告げる。PCPの治療後、Y+9月初旬に抗HIV療法開始(ABC, 3TC, RAL)し同月下旬に退院した。CNsに「知っている子(HIV感染者)が治療を受けて、元気になって再就職をしているのも知ってるから俺だって、って思ってるね。」「退院したらお世話になった人たちにお礼参りに行こうと考えています。」と話された。以後外来フォロー。その後病状も安定し3カ月に1回の定期通院となった(全体の流れは表2を参照)。

3. 考 察

本症例において、筆者が実施した以下の3点を中心に論じていきたい。

3-1. Aさんへ直接介入ができなくてもスタッフを通して、間接的に介入し続けた

仲倉(2011)は臨床心理士は患者や家族など(クライアント)に対し、自らの専門である心理療法や心理アセスメント、それらをもとにしたコンサルテーションの実践が基本の職務であるとしている¹⁾。本症例では、C病棟においては、臨床心理士が介入する体制が根付いていないため、介入は叶わなかった。しかし、C病棟NsがAさんの訴えに丁寧に対応した結果、態度が軟化していったことを筆者はカルテ上で読み取った。そのAさんの反応パターンをヒントに、筆者の見解をD病棟に伝えたことで、スムーズ

にコンサルテーションできたと考えている。今後の課題として、それぞれの場が持つ体制を尊重しつつ、より多くの病棟に臨床心理士が介入できるよう、まずは臨床心理士の存在や、役割の認知度を高めていく努力が必要であると思われる。

3-2. カンファレンスにて、臨床心理士の見解を表明した

心理学では共時性という概念があり、一見因果関係がない偶然の出来事に深い意味を見出すことがある²⁾。本症例で紹介した、『Aくん』が誕生し、落下後大事に世話をされたこととAさんが治療を決断したことは客観的には因果関係がない出来事である。しかし、筆者はこの出来事につながりがあると考えた。つまり、偶然の産物である『Aくん』が誕生したことにより、外来スタッフがAさんに気にかかる雰囲気生まれた。また、カンファレンスを通じて、その雰囲気が病棟スタッフに伝わり、外来、病棟スタッフともにAさんを支援しようという土壌ができたと考えている。『Aくん』の誕生がなければ医療者にとっては困った患者という認識しか持てなかったであろう。その困った患者を水風船に重ね合わせ、外来スタッフが愛着をもって『Aくん』に接したことも、Aさんが生きる道を選択することに影響を与えたと考えている。また、筆者は当時『Aくん』がしぼんでいく様子を見て、Aさんの命が消えゆく連想をした。同時に「治療しない」と意地を張っていたAさんが、徐々にしぼんでいく連想も浮かんだ。落下した『Aくん』に対し、とっさに助けようとする気持ちがチーム全体としてあったからこそ、Aさんは生き続けるという選択をすることで応えたのではないかと考えてい

表2 Aさん退院までの出来事

		外来	病棟	
20XX年	Y月	アメーバ肝膿瘍、HIV感染症が判明 →アメーバ肝膿瘍治療完了後受診中断		
20XX+1年	Y+2月	PCP発症し受診→治療拒否し帰宅		
	Y+3月	水風船『Aくん』がやってくる		
	Y+4月	PCP増悪し受診	C病棟入院	
	Y+6月	初旬		D病棟へ転棟
		末	カンファレンス	
	Y+7月	中旬		緩和病棟受け入れ不可の連絡
		末	水風船『Aくん』落下	
	Y+8月	中旬		Aさん治療を決意
Y+9月	初旬		抗HIV療法開始	
	下旬		退院	

る。もし、スタッフが落ちた『Aくん』を『ただの水風船』とそのままにするような気持ちであったなら、結果としてAさんが治療を選択しない可能性は十分にあった。

その後『Aくん』を、翌年に新たな水風船を外来に持ってきてくれたNsに『1年でこんな風になりました』と披露した。状況を知らないNsは戸惑いながらも、『こんなに大事にしてくれて、ありがとうございます。』と『Aくん』を引き取ってくれた。また新たな水風船を手に入れた診療科長は、別の困難な状況下に置かれている入院患者さんの名前を付け、世話をしだした。診療科長の『Aくん』への攻撃は、よくなってほしいという強い想いの裏返しだったと考えている。

河合(1996)は「原因は何か」と考える原因探しは、しばしば悪者探しとなり、それも自分を局外者に置いて他人を批判するようになる。そこで、本人だけでなく、両親や教師、家、社会、文化などに対する「問題提起」と考え、その「意味は何か」と考えるほうがはるかに建設的である。意味を探る態度で事象を見ていると、多くのものが関連しあって、一つの全体性を形成し、自分が局外者でなくなっている。」と述べている^{2,3)}。

医療現場において、事象の原因究明は必要不可欠であり、患者の心の動きも医療スタッフは原因究明しがちになる。本症例も医療スタッフはAさんが治療をしない原因は何なのかという視点で途中まで捉われていたように思う。しかし、筆者はAさんが治療をしない選択をしている意味に目を向け、図2、4で示したように、全体としてとらえた上で、カンファレンスで他職種にその見解を表明した。本症例の中軸は、主治医が治療や症状の緩和に専念してくれていたことにある。きちんと医者としてそこに変わらずにいてくれたことで、診療科長や外来スタッフと『Aくん』との関係性および病棟NsとAさんの関係性が成り立っている。筆者も、主治医が主治医としていてくれたからこそ、チームの一員として、支援の具体化に多少なりとも貢献できたと感じている。

3-3. 褥瘡対応という具体的な支援を提案した

土井(1971)は精神分析療法の経験から、患者の治療者に対する転移感情が、“甘え”ないしその変形であることを洞察した。甘えられるかどうかは、その相手次第であり、当然甘える側は受け身的依存的姿勢にならざるを得ない。相手は自分の意のままにならないことが多いから、それだけ甘えるものは傷つきやすく、干渉されやすい。したがって、甘えたいという欲求が何らかの形で阻害されると容易にその阻害する対象や状況に対して攻撃を向ける^{2,4,5)}。

本症例では、Aさんは今まで他人に奉仕することで自身の生きがいを見出していたのではないかと考えている。つ

まりAさんは誰かに甘えられることはあっても、甘える経験が乏しかったと推察される。しかし病気が発覚し、他人に甘えざるを得ない状況が、自尊心の傷つきへとつながり、甘えたいが甘え方がわからず、治療をしないという選択をしたのではないだろうか。さらに、自尊心の傷つきが怒りという形となってNsにぶつけられていたのではないかと考えている。土井は“甘え”はつねに“恨み”の感情を引き起こす運命にあると示唆しており、まさにAさんも甘えたい欲求が恨みを引き起こしていたと推察される。

治療しないと表明している患者に対して、なんとか治療してもらおうと試行錯誤するのは医療者として当然の行為である。今回、臨床心理士は直接的にAさんに接するメンバーとして加わることができなかったが、カルテやカンファレンスを通して全体の心の流れを読みとり、それを直接接しているメンバーに伝えることで間接的に関与した。医療スタッフ側も、患者側も治療する/しないをめぐる対立した関係性から、目標に向かって共に歩むという関係性に変化していったことが状況打開の糸口になったように感じている。主治医をはじめスタッフ全体がAさんと対立する関係ではなく、ともに歩む姿勢をとることで、Aさんは自分の意見が尊重され、自身の努力次第で症状がよくなることを体験した。その結果、失われていた自尊心を取り戻し、治療を決断するに至ったのではないかと考えている。

おわりに

臨床心理士は、クライアントと密室で一对一の面接を行っているイメージが大きい。本症例を呈示することにより、直接的、もしくは密室の支援でなくとも、臨床心理士は局外者とならずにチーム医療に貢献できることが少しでも理解いただければ光栄である。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 仲倉高広：3. 医療。(日本心理臨床学会編) 心理臨床学事典, 東京, 丸善出版, pp306-307, 2011.
- 2) 氏原寛, 亀口憲治, 成田喜弘, 東山紘久, 山中康弘ら：心理臨床大事典(改訂版). 東京, 培風館, pp238-240, pp1001-1006, pp1097-1098, 2004.
- 3) 河合隼雄：子どもと教育 大人になることのむずかしさ—青年期の問題(新装版). 東京, 岩波書店, 1996.
- 4) 土居健郎：精神分析と精神病理. 東京, 医学書院, 1965.
- 5) 土居健郎：甘えの構造. 東京, 弘文堂, 1971.